

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

Elina Hyppänen

MASENNUS JA SIITÄ TOIPUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT –
SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kotka

Elina Hyppänen

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Masennus ja siitä toipumiseen vaikuttavat tekijät

55 sivua

TtM Mirja Nurmi

KymiCare

Toukokuu 2013

Avainsanat

masennus, toipuminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tekijöitä, joilla tutkimusten mukaan on vaikutusta masennuksesta toipumiseen. Tarkoituksena oli myös selvittää tekijöitä, jotka eivät tutkimusten mukaan ole merkityksellisiä masennuksesta toipumisen kannalta. Aineisto haettiin käyttäen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita kahdesta tietokannasta, Lindasta ja Medicistä sekä Google Scholaria käyttäen. Opinnäytetyöhön valittu aineisto kertyy 16 tutkimuksesta, joista viisi on väitöskirjoja, kahdeksan pro graduja ja loput muita tutkimuksia. Alkuperäistutkimukset analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

Masennus on oireyhtymä, joka usein saa alkunsa kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Hoitamaton masennus heikentää selvästi elämänlaatua. Masennuksen oireita ovat muun muassa pitkään kestänyt kyvyttömyys tuntea iloa, väsymys, masentunut mieliala suurimman osan aikaa, mielenkiinnon menettäminen asioihin, jotka ennen ovat kiinnostaneet, itsesyytökset ja itsetuhoinen käyttäytyminen. Arviolta 10 % perusterveydenhuollon asiakkaista kärsii masennuksesta. Kyse on siis mittavasta kansanterveysongelmasta. Masennuksen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen ajoissa lyhentävät masennuksen kestoja. Näihin tulisikin panostaa entistä enemmän.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa korostuu onnistunut psykoterapia toipumisen edistäjänä. Myös lyhytkestoinen lääkehoito ja sairauslomien vähäisyys ennustaa toipumista. Masennuksen hoidon myöhästynyt aloitus hidastaa merkittävästi toipumista. Masennuksen tunnistamiseen ja hoidon aloitukseen aloissa tulisi tulevaisuudessa panostaa. Myös masennuslääkkeiden vaikuttavuutta tulisi tutkia lisää.

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences
Health Care

HYPPÄNEN, ELINA Depression and Factors Affecting Recovery from It

Bachelor's Thesis 55 pages

Supervisor Mirja Nurmi, MNSc

Commissioned by KymiCare

May 2013

Keywords Depression, recovery

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine the factors that have been proven by studies to have an impact on recovery from depression. The intention was also to find out factors that, according to studies, are not meaningful in terms of recovery from depression. The material was found by using databases Linda and Medic. The material was also searched manually by using Google Scholar. The material chosen for this Bachelor's thesis consists of sixteen researches. Five of those researches are university dissertations, eight master's theses and the rest other researches. The results of the research were analyzed with content analysis.

Depression is a syndrome that often arises from a negative life change. Untreated depression clearly affects the quality of life. Symptoms of depression include long-standing inability to feel pleasure, fatigue, depressed mood most of the time, loss of interest in things that used to interest, self-blame and self-destructive behavior. It is estimated 10% of primary health care clients suffer from depression. It is therefore a large-scale public health problem. Identifying depression and initiation of treatment time may reduce the duration of depression. These factors should be examined more.

The results of this Bachelor's thesis show that a successful psychotherapy is an important factor in promoting recovery from depression. In addition, a short-term medical treatment with antidepressants and lack of sick leave predict recovery. Delayed treatment of depression significantly slows down the recovery process. Recognizing of depression and early start of treatment should be invested more. In addition, the effectiveness of antidepressant treatment should be researched more.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	MASENNUS	7
2.1	Masennuksen tunnistaminen ja ehkäisy	7
2.2	Synnytyksen jälkeinen masennus	9
2.3	Lasten ja nuorten masennus	10
2.4	Vanhusten masennus	11
2.5	Kaamosmasennus	12
2.6	Psykoottinen depressio	12
2.7	Lääkeresistentti depressio	12
3	MASENNUKSEN HOITO JA MASENNUKSESTA TOIPUMINEN	13
3.1	Lääkehoito	16
3.2	Psykoterapeuttinen hoito	17
3.3	Sähköhoito	18
3.4	Kirkasvalohoito	18
3.5	Vertaistuki	18
3.6	Muut hoitomuodot	19
3.7	Jatkohoito	19
3.8	Masennuksesta toipuminen	19
4	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	21
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	21
4.2	Tutkimussuunnitelma	21
4.3	Tutkimuskysymysten määrittäminen	22
4.4	Alkuperäistutkimusten haku	23
4.5	Alkuperäistutkimusten valinta	25
4.6	Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	33

4.7	Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen	34
5	TULOKSET	36
5.1	Masennuksesta toipumista tukevat ja toipumista ennustavat tekijät	36
5.1.1	Lääkitys	36
5.1.2	Terapia	37
5.1.3	Persoonallisuuden piirteet	39
5.1.4	Sosiaaliset suhteet ja arjen merkitys	40
5.1.5	Potilaan historia	40
5.1.6	Terveystila ja elämäntavat	40
5.2	Masennuksesta toipumista haittaavat ja heikkoa toipumista ennustavat tekijät	42
5.2.1	Lääkitys	42
5.2.2	Terapia	42
5.2.3	Persoonallisuuden piirteet	44
5.2.4	Sosiaaliset tekijät ja arjen merkitys	44
5.2.5	Potilaan historia	45
5.2.6	Terveystila ja elämäntavat	45
5.3	Tekijät, joilla ei ole vaikutusta masennuksesta toipumiseen	46
5.3.1	Lääkitys	46
5.3.2	Masennuksen taso	46
5.3.3	Sosiaaliset tekijät	46
5.3.4	Persoonallisuuden piirteet	46
5.3.5	Elämäntavat	46
6	POHDINTA	47
6.1	Tulosten tarkastelu	47
6.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	49
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen tarve	50
6.4	Oma oppiminen ja kehittyminen	51
	LÄHTEET	52

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Depressio on keskeinen kansanterveysongelma. Varsinkin toistuvat masennukset aiheuttavat huomattavaa kärsimystä sairastuneen lisäksi myös hänen läheisilleen. (Huttunen 2011.) Masennusta hoidetaan sekä julkisessa terveydenhuollossa että psykiatriassa erikoissairaanhoidossa. Arviolta 10 % perusterveydenhuollon asiakkaista on masentuneita. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista noin puolella on masennus. Lievästä masennuksesta kärsii 10 - 15 %, vakavasta masennuksesta 5 % ja psykoottisesta masennuksesta 1 % aikuisväestöstä. Naisilla masennus on 1,5 - 2 kertaa yleisempää kuin miehillä. Vähemmistö masennuksesta kärsivistä hakee aktiivisesti apua terveydenhuollosta. Apua haetaan sitä herkemmin, mitä vaikeampaa, pitkäkestoisempaa ja toimintakykyä häiritsevämpää masennus on. Myös monihäiriöisyys kuten samanaikainen ahdistuneisuus lisää hoitoon hakeutumista. (Isometsä ym. 2010)

Masennus aiheuttaa merkittävästi työ- ja toimintakyvyttömyyttä sekä elämänlaadun heikkenemistä. Suomessa masennuksesta johtuvat sairauspäivärahakaudet ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat kaksinkertaistuneet 1990-luvulta lähtien. Vuonna 2007 masennuksen takia uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle jäi 4600 henkilöä ja jaettiin 32000 sairauspäivärahakautta. Näiden lisäksi masennus aiheuttaa kustannuksia vajaatehoisista työsuorituksista ja hoitojärjestelmän kuluista. (Isometsä ym. 2010.)

Masennuksen keskeinen oire on suurimman osan aikaa hallitseva masentunut mieliala tai selvästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä. Nämä tunteet hallitsevat suurinta osaa ajasta ja kestävät yhtäjaksoisesti ainakin kaksi viikkoa. Masennustilalle muita tyypillisiä oireita on muun muassa painon nousu tai lasku, unettomuus, jatkuva väsymys tai lisääntynyt unen tarve, keskittymisvaikeudet, liikkeiden ja mielen hidastuminen, kiihtyneisyys, kohtuuttomat itsesyytökset, arvottomuuden tunne ja kuolemaan ja itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset. Masennustila on erotettava hetkellisistä tai lyhyistä masentuneista mielialoista ja surureaktioista. Masennuksen oireet ja mielialan muutos voivat kestää viikoista ja kuukausista vuosiin. Masennukseen liittyy huomattava itsemurhavaaran kohonnut riski. (Huttunen 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on systemaattista kirjallisuuskatsausta menetelmänä käyttäen selvittää keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat masennuksesta toipumiseen sekä niitä tekijöitä, joilla ei ole vaikutusta. Tarkoituksena on selvittää masennuksesta toipumiseen vaikuttavia tekijöitä niin, että tuloksia voitaisiin konkreettisesti so-

veltaa käytännön hoitotyössä. Toivon siis opinnäytetyössäni pääseväni "pintaa syvemmälle" eli saavani selville paljon enemmän kuin itsestään selvinä pidettyjä asioita. Valitsin aiheen, sillä olen hoitotyöhön liittyen erityisen kiinnostunut psyykkisistä sairauksista. Opinnäytetyön avulla pyrin saamaan itselleni kokonaisvaltaisen käsityksen masennuksesta sairautena ja siihen liittyvistä tekijöistä. Ajattelin myös, että aiheesta varmasti löytyy tietoa ja tutkimuksia niin kattavasti, että minulla on mahdollisuus saada luotettavat tutkimustulokset.

2 MASENNUS

Masennus eli depressio on yleinen sairaus, mutta vähemmistö siihen sairastuneista hakee apua. Vuosittain viisi sadasta suomalaisesta kärsii masennuksesta. Yleisesti masennustilat alkavat murrosiässä ja niistä kärsitään tasaisesti kaikissa ikäryhmissä murrosiän jälkeen. Naisilla masennus on lähes kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Toistuvien ja vaikeiden masennustilojen taustalla on yleensä perinnöllinen alttius sekä ulkoinen tekijä, joka laukaisee masennuksen. Ulkoinen tekijä voi olla kuormittava elämänmuutos, pitkäkestoinen psykososiaalinen stressi tai läheisen ihmisen puute. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala 2009.)

2.1 Masennuksen tunnistaminen ja ehkäisy

Masennukseen liittyy tunne-elämän epävakaus, itsetuntovaikeudet, vähäinen koulutus, matala tulotaso, säännöllinen tupakointi, humalajuominen, krooniset elimelliset sairaudet sekä erilaiset mielenterveyden häiriöt. Suurin osa masennukseen sairastuneista henkilöistä kärsii muuta väestöä useammin jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten persoonallisuus-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöstä. Miehillä päihdehäiriö edeltää depressiota useammin kuin naisilla. (Aho ym. 2009.)

Normaali surureaktio tulee erottaa depressiosta. Lähiomaisen kuolema ja muut elämässä tapahtuvat menetykset masentavat, mutta normaali surureaktio ei kestä vaikeana yli kahta kuukautta. Tavallisesti ihminen selviytyy pahimman vaiheen yli muutamassa kuukaudessa. (Aho ym. 2009.)

Masennuksen ehkäisyssä mahdollisesti hyödyllisiä tekijöitä ovat liikunta, oikeanlainen ravinto ja valo. Tällöin kirkasvalohoitoa voidaan käyttää ehkäisevänä tekijänä. Liikunta helpottaa mielialan säätelyä ja voi olla auttava tekijä ainakin lievemmissä masennuksissa. Liikunta voidaan yhdistää valohoitoon, joko sisätiloissa käyttämällä kirkasvalohoitoa tai ulkona liikkumalla aurinkoisella säällä. Ravinnosta saatavilla amiinit ja jotkin kalaöljyt näyttävät myös vaikuttavan mielialaan. (Lönqvist, 2009.) Masennustilan kehittymisen riskiä pienentävät myös työstressin sekä -kuormituksen vähentäminen ja humalajuomisen ja alkoholin liikakäytön välttäminen. (Aho ym. 2009.)

Depression **seulonta** perustuu itsearviointiin (self rating) ja asiantuntijan tekemään arviointiin. Seulontaa on perusteltu masennuksen yleisyydellä ja riittämättömällä tunnistamisella. Seulontatutkimukset tunnistavat selkeästi depressiiviset henkilöt, joita voidaan seulonnan jälkeen tutkia tarkemmin ja tarvittaessa hoitaa. Mittareita ei ole kehitetty diagnosoimista varten vaan kuvaamaan ensisijaisesti depression oireita, syvyyttä ja kulussa tapahtuvia muutoksia. (Terveyskirjasto.) Depression seulonnasta on hyötyä jos siihen liittyy paikallinen toimiva hoitomalli ja sen yhteydessä on mahdollisuus konsultoida erikoislääkäreitä. Potilaan hoitomyöntyvyyttä ja hoidon tehoa on myös seurattava säännöllisesti. Masennuksen seulonta on järkevää kohdistaa niihin ryhmiin, joissa masennuksen todennäköisyys kasvaa. Näitä ryhmiä ovat muun muassa juuri synnyttäneet naiset, sosiaalisesti moniongelmaiset, pitkäaikaistyöttömät, työttömäksi jääneet, terveystalveta runsaasti käyttävät, työuupumuksesta ja –stressistä kärsivät, epäselvistä somaattisista oireista ja kiputiloista kärsivät sekä muista mielenterveyshäiriöistä kuten syömis- ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöitä kärsivät. (Aho ym. 2009.)

Tunnetuin depressioseula on Beck Depression Inventory (BDI), joka soveltuu hyvin erilaisten väestöryhmien seulontaan. Se on vaativa itsearviointimittari ja sen käyttö edellyttää hyvää yhteistyökykyä. BDI mittaa selvimmin masennuksen kognitiivisia puolia. KELA:n toimesta on suomalaisten käyttöön kehitetty samankaltainen itsearviointimittari. Lisäksi varsinkin perusterveydenhuollossa on käytössä lyhyt DEPS-mittari. Ahdistusoireita ja masennukseen liittyviä somaattisia oireita mittaava Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) on levinnyt laajimmalle kliinistä työtä tekevien lääkäreiden keskuudessa. HDRS on eniten käytetty seulontamittari lääketutkimuksissa. Pelkkien oireiden mittaukseen on eniten käytetty Hopkins Symptom Checklist-mittarin erillistä depressio-osiota. Hyvin lieviä psyykkisiä häiriöitä seulova General

Health Questionair on käytetty näiden spesifisten mittareiden rinnalla. (Luhtasaari 2010.)

Masennukseen liittyy myös **periytyvyys**. Alttius sairastua vakavaan masennukseen voi periytyä suvussa. Vakavasti masentuneiden nuorten lähisukulaisilla esiintyy merkittävän paljon pitkäaikaista masennusta, vakavia masennustiloja ja alkoholiriippuvuutta sekä alkoholin väärinkäyttöä. (Luhtasaari 2010.)

2.2 Synnytyksen jälkeinen masennus

Noin 10-15 % synnyttäneistä äideistä sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Tämä masennustila alkaa kuukaudesta muutamaan kuukauteen synnytyksen jälkeen. Yli puolet synnyttäneistä kokee synnytyksen jälkeen herkistymistä, mikä on voimakaimmillaan 3 - 5 päivää synnytyksen jälkeen ja häviää yleensä parissa viikossa. Herkistymiseen kuuluu itkuisuutta, masentuneisuutta, mielialan vaihtelua ja joskus unettomuutta sekä ruokahaluttomuutta. Synnytyksen jälkeinen masennus kuitenkin on vakavampi ja pitkäkestoisempi. (Huttunen 2011.)

Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunut äiti voi pakonomaisesti pelätä vahingoittavansa lastaan tai äiti ei tunne kiinnostusta vastasyntyntä kohtaan. Muille masennustiloille tyypillisten oireiden lisäksi synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastunut äiti saattaa kärsiä ahdistuksesta ja paniikkihäiriötyypisistä paniikkikohtauksista.. Äiti kokee myös voimakasta syyllisyyden tuntoa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen kulku vaihtelee muiden masennustilojen mukaan. Yleensä oireet helpottavat 2 - 6 kuukauden aikana, mutta oireita voi olla vielä vuodenkin kuluttua synnytyksestä. Jos äiti on aiemmin elämässään kärsinyt masennuksesta tai muista psyykkisistä häiriöistä, on hänen riskinsä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen suurentunut. (Huttunen 2011.)

Usein synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät äidit kokevat erityisen paljon syyllisyyttä ja häpeää tilastaan ja tuntemuksistaan, jolloin hoitoon hakeutuminen on vaikeaa. Suurin osa synnytyksen jälkeisistä masennustiloista jääkin ilman asianmukaista hoitoa. Hoidossa käytetään muiden masennustilojen lisäksi psykoterapiaa ja lääkehoitoa. on kehitetty myös äidin ja vastasyntyneen lapsen vuorovaikutussuhdetta tukeva vuorovaikutushoito ja -psykoterapia. Masennuslääkkeet imeytyvät jossain

määrin äidin rintamaitoon, joten niiden käytöstä tulee keskustella lääkärin kanssa. Jotkin masennuslääkkeet ovat turvallisia tässäkin suhteessa. (Huttunen 2011.)

2.3 Lasten ja nuorten masennus

Alle kouluikäisistä lapsista masennustiloista kärsii 0,5 - 1 % ja alakouluikäisistä noin 2 %. Kymmenen vuoden iän jälkeen ja murrosiässä masennustilat yleistyvät. Vuoden aikana noin 5 % murrosikäisistä sairastuu masennukseen ja aikuisikään mennessä noin joka kuudes on kokenut masennusvaiheen. Tyttöjen masennus on jonkin verran yleisempää kuin poikien masennus. Noin kymmenesosa lapsilla todetuista masennustiloista on pitkäaikaista kestäen jopa vuosia. Nuorten masennustiloihin liittyy kohonnut itsemurhariski. Se on entistä korkeampi, jos nuori käyttää päihteitä. Itsemurhayrityksen taustalla laukaisevana tekijänä on usein nuoren sen hetkiseen elämään liittynyt negatiivinen tapahtuma, kuten seurustelu- tai ystävyysuhteen katkeaminen tai ongelmat koulussa. (Huttunen 2011.)

Vauvaikäisen lapsen masennus on yleensä yhteydessä vanhempien vaikeuksiin vastata vauvan tarpeisiin. Masentunut vauva liikkuu vähän, ei ime rintamaitoa innokkaasti eikä nauti syömisestä. Vauvan unirytmii voi olla häiriintynyt, eikä vauva ole utelias ympäristön ja sen tapahtumien suhteen tai kiinnostus on ainakin vähäinen. Pikkulasten masennus voi ilmetä kehityksen pysähtymisenä, taantumisenä, painon putoamisena, runsaana itkuna, ärtyisyytenä ja pysyvästi surullisena, tyhjänä katsekontaktina. Pikkulapsen depression taustalla on usein äidin tai muun tärkeän henkilön menetys. (Huttunen 2011.)

Leikki-ikäinen (3 - 5v.) masentunut lapsi valittaa usein, ettei kukaan leiki hänen kanssaan. Hänen leikeissään ilmenee epäonnistumisen, tuhon ja kuoleman teemat ja leikit muiden lasten kanssa vähenevät. Muita leikki-ikäisen masentuneen oireita ovat muun muassa surumielisyys, tunne-ilmaisun niukkuus, itkuisuus, ärtyisyys, motorinen levottomuus, mielialojen vaihtelu, ilottomuus, karkailu, tottelemattomuus, voimakas pettymysten ilmaisu ja jopa aggressiivisuus. Oireet voivat joskus olla myös somaattisia. (Huttunen 2011.)

Kouluikäisen (6 - 12v.) masentuneen leikeissä teemoina on usein hylkääminen, menetykset, moitteet, kuolema, vahingoittuminen ja jopa itsemurha. Lapsen oireita ovat muun muassa alakuloisuus, keskittymisongelmat, väsymys, käytösongelmat, uhmak-

kuus, aggressiivisuus, somaattiset oireet, minäkuvan negatiivisuus ja itsetunnon aleneminen. Suoriutuminen koulussa usein heikkenee, liikkeet hidastuvat tai kiihtyvät ja kaverisuhteissa ilmenee usein ongelmia. (Huttunen 2011.)

Varhaisnuorten (12 - 14v.) masennus ilmenee usein käytöshäiriöinä ja somaattisina oireina. Nuoren (12 - 18v.) masennus voi olla samankaltainen kuin kouluikäisillä. Murosikäinen masentunut nuori on usein sisäänpäin kääntynyt ja oireet sekä masennustilat muistuttavat aikuisen masennusoireita ja -tiloja. Masentuneen nuoren tyypillisiä oireita ovat siis muun muassa masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys ja väsymys. Tärkeiden asioiden aloittaminen on vaikeaa ja usein nuori vetäytyy harrastuksistaan pois. (Huttunen 2011.)

Lasten ja nuorten masennuksen hoidossa masennuslääkkeistä saatu hyöty on vähäisempi kuin aikuisten masennuksen hoidossa. Ensisijaisia hoitomuotoja ovat erilaiset psykoterapeuttiset menetelmät. Jos lapsen tai nuoren vanhemmat epäilevät lapsensa masentuneen, tulisi heidän kääntyä ensisijaisesti lastenneuvolan, lasten- tai nuorisopsykiatrin tai psykologin puoleen. (Huttunen 2011.)

2.4 Vanhusten masennus

Masennus on yleisin ikääntyneiden mielialahäiriö. Muiden oireiden lisäksi vanhuksilla masennus saattaa ilmetä lähes yksinomaan fyysisenä oireiluna kuten epämääräisinä kipuina, ruuansulatushäiriöinä, painonlaskuna ja ruokahaluttomuutena. Masennuksen riskiä vanhuksella lisää muun muassa leskeksi jääminen, sosiaalisen verkoston pienehtyminen ja talousvaikeudet. Masennuksen taustalla voi olla myös jokin somaattinen sairaus tai muistisairaus. Jos henkilö sairastuu masennukseen ensimmäistä kertaa vanhuusiällä, masennuksen taustalla on todennäköisesti somaattinen sairaus. Masentuneen vanhuksen somaattinen terveydentila tulisi aina selvittää masennuksen diagnosoinnin yhteydessä. Joskus vanhus sairastuu masennukseen vasta parannuttuaan somaattisesta sairaudesta. Muistisairautta ja masennusta voi vanhuksen kohdalla olla vaikea erottaa toisistaan, sillä niissä on samankaltaisia oireita kuten persoonallisuuden muutokset ja muistamattomuus. Masentuneisuus voi olla myös muistisairautta enteilevä oire. (Suomen mielenterveysseura.)

Kuten muillakin ikäryhmillä, myös vanhuksilla masennus vaikuttaa toimintakykyyn. Päivittäiset askareet voivat jäädä tekemättä ja vanhus saattaa eristäytyä. Masennuksen

myötä kiinnostus liikunnan harrastamiseen vähenee. Liikunta on tärkeä vanhusten toimintakykyä ylläpitävä tekijä. (Suomen Mielenterveysseura.)

2.5 Kaamosmasennus

Kaamosmasennus ilmenee toistuvasti pimeinä vuodenaikoina. Oireet ovat masennustilan tavanomaisia oireita kuten surullisuus, alentunut mieliala, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, mielihyvän ja mielenkiinnon vähentyminen sekä arvottomuuden, syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet. Usein fyysinen aktiivisuus vähenee ja unen tarve lisääntyy. Oireet ovat yleensä voimakkaimmillaan marraskuusta tammikuuhun. 10 - 30 % väestöstä kärsii lievistä kaamosmasennusoireista eli kaamosrasituksesta ilman varsinaista masennustilaa. 1 % väestöstä kärsii varsinaisesta kaamosmasennuksesta. Ensimmäiset kaamosmasennuksen oireet ilmenevät 20 - 30 vuoden iässä ja ne yleensä voimistuvat iän myötä. Oireet voivat kuitenkin myös hävitä vuosien kuluessa. Noin neljä viidestä kaamosmasennuksesta kärsivästä toipuu oikein toteutetulla kirkasvalohoidolla. (Huttunen 2011.)

2.6 Psykoottinen depressio

Psykoottisessa depressiossa masentunut kärsii tavanomaisten vaikeiden masennusoireiden lisäksi harhaelämyksistä, harhaluuloista ja hänen todellisuudentajunsa on heikentynyt. Psykoottisen masennuksen hoidossa sähköhoito on turvallinen, tehokkain ja suositeltava hoitomuoto. Masennuslääkehoito on myös tehokasta, mutta se on yleensä yhdistettävä psykoosilääkehoitoon. Psykoottista depressiota sairastavia hoidetaan erikoissairaanhoidossa, sairaalassa tai intensiivisessä avohoidossa. (Aho ym. 2009.)

2.7 Lääkeresistentti depressio

Jos selvää vastetta depression hoidossa ei ole saavutettu kahdella peräkkäisellä asianmukaisesti toteutetulla lääkehoidolla, on kyseessä lääkeresistentti depressio. Lääkeresistenssissä depressiossa voidaan perusterveydenhuollossa vaihtaa vielä uuteen masennuslääkkeeseen. Lääkkeet ovat tässä suhteessa kuitenkin melko tasaveroisia. Jos tehottomaksi osoittautunut lääke on SSRI - ryhmän lääke, voidaan se vaihtaa venlafaksiiniin, joka on tässä vaihtotilanteessa suurina annoksina hieman tehokkaampi kuin uusi SSRI - ryhmän lääke. (Aho ym. 2009.)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa voidaan käyttää kahta masennuslääkettä yhtä aikaa. Todennäköisesti hyödyllisiä yhdistelmiä ovat esimerkiksi SSRI - lääkkeet yhdistettynä mirtatsapiiniin, mianseriiniin tai buspironiin. SSRI - ryhmän lääkkeeseen voidaan myös yhdistää epätyypillinen psykoosilääke tai litium. Lääkeyhdistelmien käyttö edellyttää hoitavalta lääkäriltä perehtyneisyyttä, varovaisuutta ja enteraktioihin liittyvien riskien tuntemusta. (Aho ym. 2009.)

3 MASENNUKSEN HOITO JA MASENNUKSESTA TOIPUMINEN

Useimmista mielenterveydenhäiriöistä voi toipua kokonaan tai ne voi oikealla hoidolla saada oireettomiksi. Toipuminen on yksilöllinen prosessi ja sen nopeus riippuu monista tekijöistä. Toipuminen on joskus "aaltomaista", eli on parempia ja huonompia kausia. Toipumisprosessissa tärkeässä osassa ovat osallisuuden, hyväksymisen ja kuulluksi tulemisen kokemukset. Joskus toipuminen on ihmistä kokonaisvaltaisesti muuttava kokemus. Toipumisprosessin aikana omat arvot ja identiteetti usein muokautuvat. (E-mielenterveys.)

Masennuksen hoidon lähtökohtana on masennuksen diagnosointi. Hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat akuuttivaihe, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttihoiton tavoitteena on oireettomuus. Akuuttivaihe kestää niin kauan kuin tavoite on saavutettu. Jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen eli relapsi. Ylläpitohoiton tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. (Isometsä ym. 2010.)

Akuuttihoitossa hoitomenetelminä on vaikuttavaksi osoitettu psykoterapia, depressiolääkehoito ja niiden yhtäaikaishoito. Joissakin tapauksissa käytetään sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa. Lievissä ja keski- vaikeissa masennuksissa psykoterapia ja lääkehoito ovat osoittautuneet yhtä tehokkaiksi lievittämään oireita. Niiden yhtäaikainen käyttö on kuitenkin tehokkaampaa kuin kumpikin yksinään. Hoitomuodon valintaan vaikuttaa hoidon saatavuuden lisäksi depression vaikeusaste. (Isometsä ym. 2010.)

Seuraavassa taulukossa on kuvattu mitä hoitomuotoja yleensä käytetään eri asteisten masennusten hoidossa. Miinus tarkoittaa, että kyseistä hoitomuotoa ei käytetä ja plusmerkki tarkoittaa, että hoitoa käytetään masennuksen hoidossa. Vaikean masen-

nuksen ja psykoterapian kohdalla on (+), sillä vaikeasti masentunut ei voimattomuutensa vuoksi yleensä pysty sitoutumaan psykoterapiaan. Masennus tulee ensin saada sellaiselle tasolle, että psykoterapiaan jaksetaan sitoutua. Näin hyöty maksimoidaan.

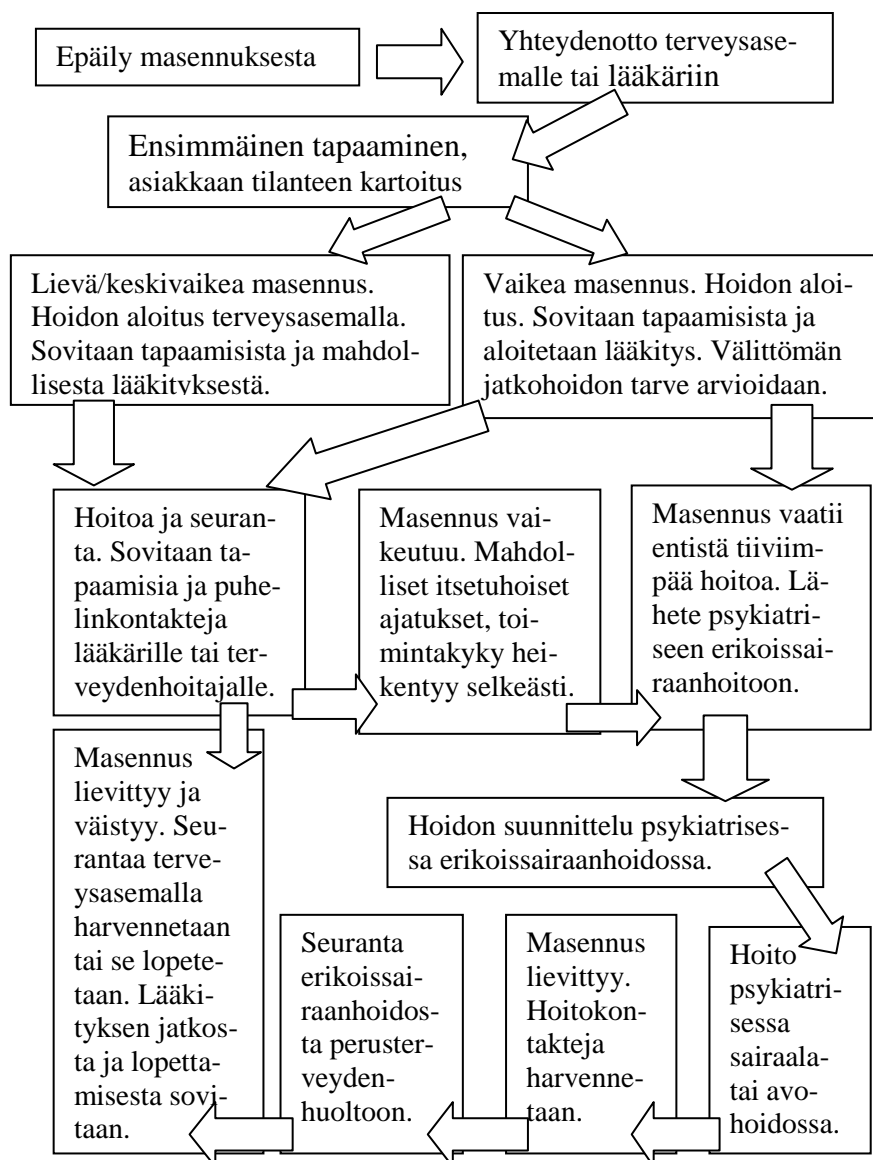
Taulukko 1. Masennuksen eri asteiden hoitomuodot. (Isometsä ym. 2010)

Hoitomuoto	Lievä masennus	Keskivaikea masennus	Vaikea masennus	Psykoottinen masennus
Psykoterapia	+	+	(+)	-
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet (masennuslääkkeen ohella)	-	-	-	+
Sähköhoito (ETC)	-	-	+	+

Depression vaikeusasteen lisäksi huomioon otettavia tekijöitä ovat muun muassa psykiatrinen monihäiriöisyys, mahdollisten aiempien hoitoyritysten tehot ja haitat, itsemurhavaara, toimintakyky, somaattinen terveydentila, potilaan omat toiveet hoidon suhteen ja aiempien depressiojaksojen vaikeusaste, erityisesti silloin jos ne ovat olleet nykyistä vaikeampia. Hoidossa kartoitetaan potilaan elämäntilannetta. Erityisesti kartoitetaan mahdollisia depression laukaisseita ja ylläpitäviä tekijöitä sekä tuetaan rakentavia selviytymiskeinoja. Hoitomuodoista riippumatta potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa akuuttivaiheen aikana ja vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. Seurannassa kartoitetaan hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista ja tuloksellisuutta. (Isometsä 2010.)

Seuraavassa kuvassa havainnoillistetaan masennuksen hoidossa tapahtuvaa hoitopolkua. Kun omasta mielialasta aletaan olemaan huolissaa, epäily masennuksesta syntyy, jolloin otetaan yhteyttä terveysasemalla tai lääkärille. Potilaan kanssa sovitaan ensimmäinen tapaaminen, jolloin selvitetään potilaan tilanne ja avun sekä hoidon tarve. Lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsivät hoidetaan yleensä terveysasemalla.

Potilaan kanssa sovitaan hoidosta, tapaamisista ja mahdollisesta lääkityksestä. Vaikeasta masennuksesta kärsivän potilaan välittömän jatkohoidon tarve arvioidaan. Hoito ja masennuslääkitys aloitetaan. Molemmissa tapauksissa hoitoa ja potilaan vointia seurataan. Tapaamisista ja mahdollisista puhelinkontakteista sovitaan. Jos Masennus vaikeutuu, hoitoa tehostetaan. Potilas saa mahdollisesti läheteen psykiatriseen erikoissairaanhoidoon. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sovitaan, onko hoitomuoto avo- vai osastohoitoa. Masennuksen lievittyessä hoitokontakteja harvennetaan ja potilas siirretään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin. Masennuksen lievittyessä ja väistyessä tapaamisten harventamisesta ja lopettamisesta sovitaan. Samoin lääkityksen jatkosta sovitaan.



Kuva 1. Masennuspotilaan hoitopolku (Potilasopas, Masennus ja siitä toipuminen 2003, 10)

3.1 Lääkehoito

Lievästä masennuksesta voi selvitä lyhyellä psykoterapialla, mutta joskus tarvitaan lääkitystä sekä vuosia kestävää hoito-suhdetta (Aho ym. 2009).

Lääkehoidon osuus on depression hoidossa sitä tärkeämpää, mitä vakavammasta depressionista on kysymys. Vaikeassa tai psykoottisessa masennustilassa on aina syytä käyttää masennuslääkkeitä. Keskivaikeassa masennustilassa masennuslääkkeiden käyttö on yleensä tarpeen ja lievässäkin masennustilassa aiheellinen. (Isometsä ym. 2010.)

Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkitystä käyttävistä saa siitä selvän vasteen, mikä merkitsee noin 40 - 50 %:lla oireiden melko täydellistä häviämistä noin 6 - 8 viikon aikana. Toipuminen jatkuu usein tämän jälkeenkin. Tablettimuotoista lumehoitoa saaneista korkeintaan kolmannes on toipunut vastaavalla tavalla. Ongelmat hoitomyöntyvyydessä ovat keskeinen toipumista rajoittava tekijä. Lääkehoidon tulokset ovat sekä perusterveydenhuollon että psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla samankaltaisia, vaikka nämä potilasryhmät eroavatkin jonkin verran toisistaan. Ryhmätasolla eri masennuslääkkeiden välillä on todennäköisesti pieniä, eli alle 10 % eroja tehossa ja siedettävyydessä. Lääkevasteet ja -haitat ovat kuitenkin yksilöllisiä. Lääkkeen valinnassa kiinnitetään huomiota aiempiin valmisteisiin, joihin on ollut hyvä hoitovaste, havaittuihin tai odotettuihin haittavaikutuksiin ja potilaan suhtautumiseen niihin, potilaan somaattisiin sairauksiin ja todennäköisiin interaktioihin muiden potilaan käyttämien lääkkeiden kanssa. Laboratoriotutkimuksille ennen masennuslääkityksen aloittamista voi olla aihetta, riippuen potilaan somaattisesta terveydestä. Masennuslääkkeitä on käytettävä annoksina, joiden teho on kliinisesti todistettu. Ellei toipumista tapahdu aloitetulla annoksella tai toipuminen on vain osittaista, on yleensä syytä suurentaa annosta, kunnes toipuminen on täydellistä tai maksimiannos on saavutettu. Lääkkeen vaihtamiselle on aihetta, jos potilaalla esiintyy lääkkeestä huomattavia haittavaikutuksia tai maksimiannos on saavutettu ja hoitovaste on kuitenkin puutteellinen. (Isometsä ym. 2010.)

Jos potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista, vähintään keskivaikeista masennustiloista, on masennuslääkitystä syytä jatkaa pitkäaikaisena masennuksen uusiutumisen estohoitona. Jos potilaalla on kolmas elämänaikainen masennusjakso, on suositeltavaa aloittaa ylläpitohoito. Ylläpitohoidon aloittaminen on aiheellista aiemminkin

jos potilaan masennusjaksot ovat olleet vaikeita, psykoottisia tai niihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta tai vaikeaa toimintakyvyn heikkenemistä. Nämä tekijät myös pidentävät ylläpitohoidon kestoja. Ylläpitohoito vähentää tehokkaasti riskiä sairastua uudelleen. Ylläpitohoito on aiheellista kuitenkin vain jos masennuslääkehoidolla on ollut hyvä vaste masennuksen akuutin vaiheen hoidossa. Masennuslääkityksen hyvin pitkällisen käytön tehosta ei ole näyttöä, mutta oletetaan, että lääkityksen teho säilyy useiden vuosien ajan. Ylläpitohoidon aikana potilaan vointia tulee seurata vastaanottokäynneillä vähintään puolen vuoden välein. Tämä on tärkeää silloinkin, kun potilas on ollut oireeton. Masennuslääkityksen varovaisen ja asteittaisen lopettamisen mahdollisuutta on syytä harkita, kun potilas on ollut oireeton useamman vuoden ajan. Lääkityksen lopettamiseen liittyy selvä masennuksen uusiutumisen riski. Elinikäinen masennuslääkitys saattaa kuitenkin olla ylimitoitettua, varsinkin lievemmissä tapauksissa. Jos masennuslääkitystä pyritään lopettamaan, on potilaan tilan seuraaminen entistä tärkeämpää ja tiiviimpää, jotta mahdollinen masennuksen uusiutuminen havaitaan nopeasti ja lääkitys voidaan aloittaa uudelleen mahdollisimman pian. (Isometsä ym. 2010.)

3.2 Psykoterapeuttinen hoito

Psykoterapian tavoitteena on vaikuttaa masentuneen potilaan masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajatusmalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Psykoterapiat perustuvat teoreettisiin malleihin. Ne soveltavat näistä malleista johdettuja, tutkittuja klinisiä käytäntöjä. Lyhytterapiat kestävät muutamasta kerrasta 20 - 30 käyntiin. Lyhytkestoisesta akuuttivaiheen psykoterapiasta on osoitettu olevan eniten hyötyä depressiopotilaille, joilla on esiintynyt vähän aiempia masennusjaksoja, psykiatriset oireet ovat enintään keskivaikeita ja joilla on vähän monihäiriöisyyttä, kuten samanaikaisia persoonallisuushäiriöitä. Pitkäkestoiseen psykodynaamiseen tai kognitiiviseen psykoterapiaan ohjaamista on syytä harkita, jos lyhytterapian ennakoidaan olevan riittämätön esimerkiksi sen takia, että ongelmat ovat ilmeisen monimuotoisia tai potilaan soveltuvuus lyhytterapiaan on huono. Pitkäkestoinen terapia kestää vuodesta useaan vuoteen ja terapiaistuntoja on 1 - 3 kertaa viikossa. Psykoterapian tarpeen arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota muun muassa resursseihin ja potilaan hoitodellytyksiin. Ennen psykoterapian aloitusta on hyvä keskustella potilaan kanssa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikuttavuudesta, arvioidusta soveltuvuudesta potilaalle sekä potilaan odotuksista ja toiveista hoidon suhteen. Kaikissa psykoterapiamuodoissa

on tärkeää, että potilaan ja terapeutin välillä on hyvä yhteistyösuhde. Yhteistyösuhteen ja muiden epäspesifisten, kaikille terapiamuodoille yhteisten tekijöiden ja terapeutin ominaisuuksien yhteys masennustilojen hoidon tuloksellisuuteen on yleensä keskeisempi kuin spesifisen terapiamuodon. Psykoterapian eri muotoja ovat kognitiivinen, psykodynaaminen, interpersonaalinen, ongelmanratkaisu ja voimavarakeskeinen terapia. Näistä voidaan soveltaa myös ryhmä-, perhe-, tai parisuhdeterapioita. Luovia terapiamuotoja (mm. musiikki- ja taidepsykoterapiaa) voidaan käyttää depression muun hoidon tukena erityisesti silloin, kun ne ovat jonkin vaikuttavaksi osoitetun terapiamuodon sovelluksia. (Isometsä ym. 2010.)

3.3 Sähköhoito

Sähköhoitoa annetaan yleensä psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä. Potilan on nukutettuna laskimoanestesian avulla toimenpiteen aikana. Sähköhoito on tehokas hoitomuoto erityisesti psykoottisessa ja vaikeassa masennuksessa. Sähköhoitoa tulee harkita jos läkehoidosta ei ole tullut vastetta tai tarvitaan nopeatehoista hoitoa esimerkiksi itsemurhavaaran vuoksi. Sitä voidaan käyttää myös harkitusti keskivaikean, lääkeresistenssin masennuksen hoidossa. Masennuslääkehoitoa on syytä jatkaa tavanomaiseen tapaan akuuttivaiheen jälkeisissä jatkohoito- ja ylläpitovaiheissa sähköhoidon jälkeen (Isometsä ym. 2010.)

3.4 Kirkasvalohoito

Kirkasvalohoito tehoaa hyvin kaamosmasennukseen. Kaamosmasennuksesta kärsivissä potilaista masennusjaksoja esiintyy toistuvasti ja lähes yksinomaan pimeän talvikauden aikana. Kaamosmasennus on vuodenaikamasennuksen (seasonal affective disorder, SAD) alamuoto. Kirkasvalohoitoa annetaan siihen tarkoitettulla laitteella aamuisin 2500 - 10000 luksin valoteholla yleensä 30 - 120 minuutin ajan. Hoitoa annetaan hoidon ensimmäisen parin viikon aikana yleensä päivittäin, myöhemmin joko kuureina tai jatkuvana ja ainakin viidesti viikossa talvikauden ajan. Kaamosmasennusta voidaan hoitaa myös SSRI-lääkkeillä. (Isometsä ym. 2010.)

3.5 Vertaistuki

Vertaistuellla tarkoitetaan toimintaa, jossa suunnilleen samoja asioita kokeneet ja samassa elämäntilanteessa olevat ihmiset jakavat ryhmässä kokemuksiaan. Vertaistuki-

ryhmässä on ohjaaja, mutta pääpaino on potilaiden kesken tapahtuvalla asioiden jakamisella ja toisten tukemisella. Vertaistuki perustuukin keskinäiseen tasearvoisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen, kohtaamiseen ja tukemiseen. (Suomen Mielenterveysseura.)

3.6 Muut hoitomuodot

Aivojen transkraniaalisen magneettistimulaatiohoidon teho vastaa masennuslääkehoidon tehoa. Se on turvallinen ja vähän haittavaikutuksia omaava hoitomuoto. Sen käyttöä rajoittaa keskeisesti saatavuus ja laitekustannukset. (Isometsä ym. 2010.)

Vagaalinen hermostimulaatio ja syvä aivosimulaatio ovat uusia neuromodulaatioon perustuvia hoitomuotoja. Niiden asemaa masennuksen hoidossa vasta punnitaan. (Isometsä ym. 2010.)

3.7 Jatkohoito

Masennusoireiden uusiutumisen vaara on suuri jos masennuslääkehoito lopetetaan heti oireiden hävittyä. Tämän vuoksi masennuslääkehoitoa on syytä jatkaa noin puoli vuotta oireiden häviämisen jälkeen. Jos masennuslääkehoitoa ei jatketa ylläpitohoitona ja potilas on ollut yhtäjaksoisesti oireeton puolen vuoden ajan, voidaan masennuslääkitys lopettaa. Lääkkeiden äkillinen lopettaminen aiheuttaa usein vieroitusoireita, joten lääkitystä pienennetään ja se lopetetaan asteittain. (Isometsä ym. 2010.)

3.8 Masennuksesta toipuminen

Masennus on usein krooninen häiriö, jonka kulku vaihtelee episodista toiseen. Masennukseen taipuvan henkilön on itse opittava tunnistamaan masennuksen luonne. On hyödyllistä oppia, mitkä tekijät vaikuttavat suojaavasti ja mitkä masennusta edistävästi. Oman mielialan muutoksen suunnat on hyvä oppia tunnistamaan. Depression hoito on parhaassa tapauksessa oppimisprosessi, jonka avulla opitaan ennakoimaan ja ehkäisemään tulevia masennusjaksoja. Hoitoon hakeutuneilla toipuminen kestää keskimäärin puolesta vuodesta vuoteen. Joillakin masennus voi jälkioireineen kuitenkin jatkua jopa vuosien ajan. Depressiivisyyteen taipuvaisen henkilön olisi hyvä saada tukea omien masennukselle altistavien tekijöiden tunnistamiseksi jo mahdollisen aiemman masennusjakson hoidon aikana. (Luhtasaari 2010.)

Masennuksen ennusteeseen vaikuttavat monet tekijät. Näitä ovat muun muassa masennuksen vaikeusaste ja se liittyykö siihen psykoottisia oireita, kielteiset elämäntapahtumat masennuksen aikana, masentuneen sosiaalinen tukiverkosto, läheisten suhtautuminen masentuneeseen, muut mahdolliset samanaikaiset mielenterveyden häiriöt, hoitoon hakeutumisen vaihe, hoidon sopivuus ja mahdollinen hoidon puuttuminen. Vaikeasta masennuksesta toipuminen kestää kauemmin kuin lievemmästä masennuksesta. Suuri osa masennuksista alkaa kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Kuitenkaan masennuksen laukaisseen tekijän olemassaololla tai sen puuttumisella ei välttämättä ole kovin suurta merkitystä ennusteen kannalta. Merkitystä on kuitenkin sillä, jatkuvatko laukaisevan tekijän vaikutukset pitkäaikaisesti ja kuinka suurina tai pysyviä muutoksia tekijä ihmisen elämässä aiheuttaa. Aikaisemman elämän ja varsinkin lapsuuden käsittelemättä jääneet traumaattiset kokemukset ovat usein kroonisen masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden taustalla. (Luhtasaari 2010.)

Masentuneen läheisten voi olla vaikeaa ymmärtää, ettei masentunut pysty hallitsemaan tunnetilaansa. Läheiset saattavat väsyä masentuneen käytökseen ja pitävät tätä pahantahtoisenä tai laiskana. Tällöin masentunut saattaa menettää sosiaalisen tukiverkostonsa, mikä vain pahentaa hänen tilaansa. (Luhtasaari 2010.) Läheisten ihmisten tuella on kuitenkin suuri merkitys masennuksesta toipumiseen. Masentunut usein eristäytyy omiin oloihinsa. Pienet asiat kuten esimerkiksi kaupungilla käynti tai ruuan laitto yhdessä ystävän kanssa voi piristää masentunutta. (Suomen Mielenterveysseura.)

Liikunta lisää aivoissa mielihyvää tuottavien hormonien määrää. Näin jo pelkkä liikunta saattaa tuoda helpotusta masentuneen olotilaan. Vaikeasti masentuneelle pelkkä ulos kävelemään lähteminen saattaa kuitenkin tuntua ylivoimaiselta. (Suomen Mielenterveysseura.)

Moni masennukseen sairastunut on huomannut toipumisensa alkaneen, kun on löytänyt iloa pienistäkin asioista. Nämä pienet asiat ovat pitkästä aikaa alkaneet tuottaa mielihyvää. Usein tuntuu, että itselle merkitykselliset pienet asiat löytyvät sattumalta. Niitä voi kuitenkin alkaa etsiä tietoisesti. Pienetkin ilon hetket ovat askelia toipumista kohti, joten masentuneen kannattaa tehdä asioita joista nauttii. Jokaisen mielenterveyskuntoutujan on omalla kohdalla mietittävä mitkä asiat edistävät omaa toipumista. (Suomen mielenterveysseura.)

4 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella oli mahdollista selvittää jo olemassa olevien tutkimusten kokonaisuutta. Tarkastelemalla useampaa tietystä aihealueesta tehtyä tutkimusta, saatiin tietoa siitä kuinka paljon kyseisestä aiheesta on tehty tutkimuksia ja millaista tutkimus pääsääntöisesti sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. (Ks. Egger ym. 2001; Burns & Grove 2005, Johanssonin 2007, 3 mukaan.)

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voitiin tehdä luotettavia yleistyksiä. Sen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voitiin osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedoissa tai jo olemassa oleva, mutta systematisoimaton tutkimustieto. Tällä tavalla systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi lisätä alkuperäistutkimusten tarvetta tai näyttää sen, että uusille tutkimuksille ei kyseisestä aiheesta ole tarvetta. (Ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli kumulatiivisesti rakentuva tutkimusprosessi. Tutkimuksen vaiheet rakentuivat järjestelmällisesti edelliseen vaiheeseen. Vaiheet olivat tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 39.)

4.2 Tutkimussuunnitelma

Tutkimussuunnitelman laatiminen on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe, sillä se ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä. Se vähentää systemaattista harhaa ja varmistaa tieteellistä täsmällisyyttä. Tutkimussuunnitelmassa määriteltiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteerit rajaavat pois ne julkaisut, jotka eivät sovellu kyseiseen tutkimukseen. Tutkimussuunnitelmassa määriteltiin myös valittujen alkuperäistutkimusten laatukriteerit sekä menetelmät näiden synteesille. Jotta tutkimussuunnitelma voitiin laatia, tuli olla riittä-

västi aikaisempaa tietoa aiheesta, jolloin tutkimuskysymykset voitiin muotoilla relevanteiksi ja hakustrategiat suunnitella. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 39.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudatti tieteellisen tutkimuksen periaatteita, joten siihen kuului olennaisesti kaikkien vaiheiden raportointi. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 39.)

4.3 Tutkimuskysymysten määrittäminen

Tutkimuskysymyksillä määriteltiin ja rajattiin se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymyksiin vaikuttaa tutkijan aikaisempi tieto aiheesta ja kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan. Nämä asiat vaikuttivat tutkimuskysymysten lähtökohtiin: mitä tutkija käsittää tutkimuksen kohteena olevalla ilmiöllä ja miten siitä voi saada tietoa. Tämä määritti myös systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteet. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 39 - 40.)

Koko prosessin kannalta oli tärkeää, että tutkimuskysymykset määritetään selkeästi. Alkuperäistutkimusten tulokset eivät saa ohjata tutkimuskysymysten uudelleenmuotoilua. Jos alkuperäistutkimuksilla ei olisi kyetty vastaamaan tutkimuskysymyksiin, olisi tuloksena voitu pitää puutteita tutkimustiedoissa ja osoittaa tarve uudelle alkuperäistutkimukselle. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 40.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä asiat vaikuttavat masennuksesta toipumiseen ja millä tekijöillä ei ole toipumiseen vaikutusta.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitkä tekijät edistävät ja ennustavat masennuksesta toipumista?
2. Mitkä tekijät haittaavat masennuksesta toipumista?
3. Millä tekijöillä ei ole merkitystä liittyen masennuksesta toipumiseen?

Tavoitteenani on siis selvittää vastaukset näihin kysymyksiin alkuperäistutkimusten perusteella. Tutkimuskysymykseni muotoutuivat tausta- ja teoriatietoa hakiessani ja kirjoittaessani. Nämä kysymykset ovat selkeitä ja ne ovat selkeästi yhteydessä opinnäytetyön otsikkoon.

4.4 Alkuperäistutkimusten haku

Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehtiin systemaattisesti ja kattavasti eli haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletettiin saavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Alkuperäistutkimuksia haettiin sähköisesti eri tietokannoista, Lindasta, Medicistä sekä Google Scholarista. Jokaiseen tietokantaan määriteltiin erikseen haut ja niiden rajaukset. (Ks. Kääriäinen ym. 2006, 40 - 41.)

Tiedonhakua varten tarkistin YSA - ohjelmasta (yleinen suomalainen asiasanasto) tutkimuskysymysteni asiasanoille korvaavia termejä. YSA ilmoitti sanalle ”masennus” korvaavaksi termiksi sanan ”depressio”. Sanalle ”toipuminen” YSA ilmoitti rinnakkaistermeiksi sanat ”kuntoutuminen”, ”palautuminen” ja ”parantuminen”.

Haku Medic-tietokannasta on tehty valinnoilla, 1) tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä 2) hakusanoja yhdistää "and", 3) haku vuosilta 2006 - 2012, 4) kielivalinta kaikki kielet, 5) asiasanojen synonyymit käytössä sekä 6) kaikki julkaisutyypit. Sanat on katkaistu *-merkillä.

Haku Linda-tietokannasta on tehty valinnoilla 1) tarkennettu haku, 2) hakutyypinä asiasanat, 3) ei fraasihakua, eli sanojen ei tarvitse olla peräkkäin, 4) kielivalinta kaikki kielet, 5) julkaisuvuosi 2006 - 2012, 6) aineisto kaikki aineisto. Sanat on katkaistu ?-merkillä.

Taulukko 2. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen hakusanat. "Mitkä tekijät vaikuttavat masennuksesta toipumiseen?"

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksytyt hakutulokset	Hylätyt hakutulokset	Hakutuloksia yhteensä
Masen? toip? teki?	Linda	0	0	0
Masen* toip* teki*	Medic	0	0	0
Masen? toipu?	Linda	4	9	13
Masen* toipu*	Medic	0	5	5
Masen? kuntoutu?	Linda	2	30	32
Masen* kuntoutu*	Medic	2	42	45
Yhteensä		9	86	94

Hylätyt hakutulokset eivät täytäneet valintakriteereitä. Ne eivät olleet tutkimuksia, vastanneet tutkimuskysymykseen otsikon tai abstraktin perusteella, olleet saatavilla tai olleet laadultaan vaaditulla tasolla.

Tutkimuskysymyksistäni on vain yksi taulukko, vaikka tutkimuskysymyksiäni oli kolme, sillä kaikissa kysymyksissä esiintyvät niin samankaltaiset sanat, että haut onnistuvat vain yhdenlaisilla hakusanoilla.

Taulukko 3. Hyväksytyt tutkimukset tietokannan ja hakusanojen mukaan taulukoituna, tutkimuskysymys 1.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksytyt tutkimukset
Masen? toip? teki?	Linda	-
Masen* toip* teki*	Medic	-
Masen? toipu?	Linda	-Kronström 2011, Leskelä 2008, Hintikka 2007, Karjalainen 2010
Masen* toipu*	Medic	-
Masen? kuntoutu?	Linda	-Romakkaniemi 2011, Räsänen ym. 2008
Masen* kuntoutu*	Medic	-Lind ym. 2011, Raitasalo ym.2006
Yhteensä		8

Hain tutkimuksia myös käyttäen Google Scholaria. Hakukenttään kirjoitin hakusanoiksi "masennus tutkimus". Hakutuloksista etsin alkuperäistutkimuksia jotka on tehty vuosina 2006 - 2012, kuten tietokantahaussaakin. Luin tutkimusten otsikot ja tarvittaessa abstraktin, jotta löysin tutkimuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiini. Seuraavat tutkimukset vastasivat tutkimuskysymyksiini ja täyttivät valintakriteerit: Kuhanen 2009, Valkonen 2007, Perko 2009, Markuksela 2010, Väänänen 2007, Bäckmand 2006, Jussila 2009, Myllykangas 2009. Opinnäytetyössäni olen siis käyttänyt yhteensä kahdeksaa tutkimusta.

Tietokantahakujen Lindan ja Medicin sekä Google Scholarin kautta löysin siis yhteensä 16 alkuperäistutkimusta, jotka vastasivat johonkin tutkimuskysymykseeni ja täyttivät valintakriteerit.

4.5 Alkuperäistutkimusten valinta

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävälle alkuperäistutkimuksille määriteltiin tarkat sisäänottokriteerit. Näillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia tutkimukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille. Sisäänottokriteerit perustuivat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Sisäänottokriteereillä rajataan esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja -kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Sisäänottokriteerien sopivuus tulisi testata muutamalla sattumanvaraisesti valitulla alkuperäistutkimuksella. Tutkijan tulee valita mahdollisimman täsmällisesti ne tutkimukset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Näin minimoidaan subjektiivista valikoitumisharhaa. Sisäänottokriteerien lisäksi valikoitumisharhaa pyritään minimoimaan sillä, että vähintään kaksi tutkijaa tekee alkuperäistutkimusten valinnat toisistaan riippumatta ja itsenäisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtui vaiheittain ja perustuen siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Vastaavuutta tarkasteltiin portaittain: kaikista alkuperäistutkimuksista luettiin otsikot ja näiden perusteella hyväksyttiin ne, jotka vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, luettiin abstrakti ja tehtiin valinta tämän perusteella. Jos yhdestä alkuperäistutkimuksesta oli useampi julkaisu, valittiin näistä aina kattavin. Näin vältetään toistojulkaisuharhaa. Kuten systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muissakin vaiheissa, niin myös tässä kirjattiin ylös jokaisen vaiheen yhteydessä hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät ja perustelut hylkäämiselle. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Tässä opinnäytetyössä alkuperäistutkimusten valintakriteerit olivat seuraavat:

1. Otsikosta tai tiivistelmästä tulee käydä ilmi, että tutkimuksessa käsitellään asioita jotka vaikuttavat masennuksesta toipumiseen toipumista ennustaen tai haitaten. Otan huomioon myös tutkimukset, joissa mainitaan tekijöitä joilla ei ole vaikutusta masennuksesta toipumiseen.
2. Aikarajaus on vuosilta 2006 - 2012.
3. Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen väitöskirja, pro gradu tai muu tieteellinen tutkimus tai tutkielma.

4. Sama tutkimus otetaan huomioon vain kerran.
5. Tutkimuksen sisältö käsittelee aihetta.

Tähän opinnäytetyöhön valituista alkuperäistutkimuksista viisi on väitöskirjoja, kahdeksan pro graduja ja loput neljä muita tutkimuksia. Muut tutkimukset olivat Kelan ja kuntoutussäätiön tutkimuksen, liikuntapedagogiikan syventävien opintojen tutkielma sekä Suomen Lääkärilehdessä julkaistu tutkimus.

Taulukko 4. Tutkimustaulukko

Tutkimuskysymyksen nro, tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue /otos	Keskeiset tulokset
Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät				
1 Changes in Adolescents' Cognitive and Psychosocial Functioning and Self-Image During Psychiatric Inpatient Treatment Ulla Hintikka 2007 Väitöskirja Kuopion yliopisto	Selvittää osastohoitoon tulevien nuorten kognitiivista ja psykososiaalista toimintakykyä, minäkuva ja perhevuorovaikutusta. Erityisesti tutkittiin potilaiden oiretasoista, kognitiivista ja psykososiaalista toipumista ja terapeutin yhteistyösuhteen merkitystä nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana.	Tutkimus on osa Kliininen Laatu-projekti depression hoidon tulostutkimusta Kuopion yliopiston psykiatrian klinikassa.	63 prospektiivisesti 1.3.1997–1999 välisenä aikana Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian suljetuille osastoille hoitoon otettua 13–18 -vuotiasta nuorta, joista tyttöjä oli 40 ja poikia 23.	Hyvä hoitosuhde ja lukuisammin toteutuneet terapiakerrat edistivät nuorten toipumista. Depressiivisten nuorten minäkuva ja kanssakäyminen perheen kanssa paranivat osastohoidossa selkeämmin kuin käyntöshäiriöstä kärsivillä. Itsemurhaa yrittäneet nuoret sitoutuivat hoitoonsa yhtä kiinteästi kuin muutkin ei psykoottiset osastolla hoidossa olleet nuoret.
Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät: - Otoksen pieni koko - Mielenterveyshäiriöiden monet alaryhmät				
1,2 Personality & Depression Kim Kronström 2011 Väitöskirja Turun yliopisto	Selvittää persoonallisuuspiirteiden yhteyttä masennuksen syntyyn ja siitä toipumiseen.	Satunnaistettu tutkimus, jossa potilaat jaettiin kahteen hoitoryhmään, jossa toisessa hoitona oli masennuslääke fluoksetiini ja toisessa psykodynaaminen lyhytpsykoterapia.	50 masennusta sairastavaa henkilöä ja Kunta-10 tutkimus	Matala optimismi ennustaa masennuksesta aiheutuvaa työttömyyttä ja masennuslääkkeiden käyttöä. Korkea pessimismi ennusti masennuslääkkeiden käytön todennäköisyyttä ja työkyvyytön myyden pitkittymistä.

Laatusuureita lisäävät ja heikentävät tekijät: - Otoksen pieni koko				
1 Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn Heli Bäckmand 2006 Väitöskirja Helsingin yliopisto	Selvittää pitkäaikaisen liikunnallisen elämäntavan ja urheiluryhmän yhteyksiä keski-ikäisten ja ikääntyvien miesten toimintakykyyn ja mielialaan. Tutkimuksessa kartoitettiin myös näiden välisten yhteyksien taustalla vaikuttavia muita tekijöitä sekä persoonallisuutta.	Kohortti kyselytutkimus.	Suomea vuosina 1920–1965 edustaneet entiset mieshuippu-urheilijat (n=2448) ja heidän verrokkinsa, jotka olivat kutsuntatar-kastuksessa terveiksi luokiteltuja miehiä samoista palvelukseenastumiseristä kuin urheilijat.	Voimailajien yksilö-urheilijat ja verrokkit olivat introvertimpia muihin ryhmiin verrattuna. Matala fyysinen aktiivisuus alkutilanteessa ennusti masentuneisuutta seurannassa, kun taas fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi masentuneisuuden riskiä. Masentuneisuudelta suojaavana tekijänä oli persoonallisuuspiirteistä ekstroversio.
Laatusuureita lisäävät ja heikentävät tekijät: + Suuri otanta + 16 vuoden seuranta - Ei edusta keskimääräistä väestöä				
1,2,3 Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentamisesta Marjo Romakka-niemi 2011 Väitöskirja Lapin yliopisto	Rakentaa kuvaa masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta kokonaisvaltaisena ilmiönä, joilla on vahvat sosiaaliset kytkennät.	Narratiivinen satunnaistettu monikyselytutkimus.	30-63-vuotiaiden masennusdiagnoosin saaneiden 14 miehen ja 5 naisen parisuhteessa elävien ja ensimmäistä kertaa mielen-terveyspalveluita käyttäneiden haastattelut.	Arjen rutiinit muistuttivat omasta jaksamattomuudesta, mutta myös rytmittivät ja masentuneen elämää. Arjen toimista suoriutuminen tuotti pystyvyyden ja hallinnan kokemuksia. Ihminen tarvitsee arjen esteetiikkaa ja irrottautumista sekä sopivassa määrin haasteita ja toimintaa. Terapian tulee tarjota arkeen muutosta, muutoin siitä jättäydytään pois.
Laatusuureita lisäävät ja heikentävät tekijät: + Tutkijan sensitiivinen lähestyminen tutkittavia kohtaan - Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät yksineläjät ja pitkään mielenterveyspalveluita käyttäneet				
2 Life events and social support among patients with major depressive disorder Ulla Leskelä 2008 Väitöskirja, Helsinki	Mm. tutkia, ennustavatko elämäntapahtumien suurempi vakavuus ja vähäisempi sosiaalinen tuki kaikkien, ja erityisesti osittaisessa remissiossa olevien potilaiden heikompaa toipumista.	Puolistrukturoitu haastattelu	269 vakavan masennuksen oirekriteerit täyttävää, 20-59-vuotiaasta potilasta (197 naista ja 72 miestä)	Vastoinikäymiset ja vähäinen koettu tuki heikensivät kaikkien potilaiden toipumista, eniten täyden remission ryhmässä. Osittaisessa remissiossa vastoinikäymiset ja masennusepisodissa olevilla koettu tuki vaikuttivat toipumiseen. Sekä matalam-

				paa objektiivista että subjektiivista tukea ennusti pidempi aika vakavassa masennuksessa. Vastoinikäymisillä voi saattaa olla eri rooleja: altistava rooli ennen masennusta, oireita syventävä prodromaalivaiheessa ja masennuksen puhjettua toipumista vaikeuttava rooli.
Laatus lisäävät ja heikentävät tekijät: - Ei vertaisryhmää, jossa olisi ei-masentuneita ihmisiä				
1,2,3 Masennuslääkkeiden yleisyys ja yhteys toipumiseen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailla Minna Karjalainen 2010 Pro Gradu, Jyväskylän yliopisto	Tarkastella masennuslääkkeiden yhteyttä masennuksesta toipumiseen.	Kahden vuoden pitkittäistutkimus, haastattelu. masentuneisuutta mitattiin Beckin depressiokyselyn (BDI - Beck Depression Inventory) avulla. Tämän lisäksi asiakkaita arvioitiin myös SCL-90 (Symptom Checklist) ja GAF (Global Assessment of Functioning) -lomakkeiden avulla. Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin SPSS 15.0 for Windows sekä SPSS 16.0 for Windows – ohjelmia.	51:n asiakkaan tiedot kolmessa eri sairaanhoitopiirissä.	Masennuksesta toipuneilla lääkitys oli vähäisempää ja lyhytkestoisempaa kuin niillä joilla tutkimuksen aikana masennusoireet pysyivät ennallaan tai pahenivat.
Laatus lisäävät ja heikentävät tekijät: + Tiedot pitkältä ajanjaksolta - Itsearviointilomakkeet joustavat kysymysten ymmärtämisen sekä yksilöllisen vastaustyylin suhteen - Aineiston pieni koko - Eri sairaanhoitopiireistä oli eri verran tutkittavia mukana - Pelkän masennuslääkityksen vaikutuksista ei voida tehdä johtopäätöksiä, sillä kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat lääkityksen lisäksi myös psykoterapiaa				
1,3 Painonhallinnan vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin Mari Räsänen ja Kaisa Tanskanen 2008	Tutkimuksessa tarkasteltiin tuki- ja liikuntaelinsairaiden painonhallintakuntoutuksen vaikutusta fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.	Vuoden seuranta-tutkimus. Tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS for Windows 15.0 – ohjelmalla.	Espoolaisen kuntoutuksien työntehtäjien vuosina 2006–2007 keräämään kuntoutujien arvioitiin tarkoitettuun aineis-	Painonhallintakuntoutus vaikutti edistävasti kuntoutujien fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkitavien paino putosi vuoden aikana 6,1%, ja masennustunteukset

Pro Gradu, Jyväskylän yliopista			toon. Tutkittavat (N= 97) olivat keskimäärin 51-vuotiaita ja naisia heistä oli 82,5%.	vähenevät ja elämänlaatu koheni. Psykkiset muutokset tapahtuivat riippumatta painonpudotuksen määrästä.
<p>Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät:</p> <p>+ Kuntoutukseen sisältyneet kolme hoitojaksoa ja mittauskertaa vuoden aikana + keskeyttäjiä pieni osuus</p> <p>- Yleistettävyyttä rajoittava aineiston ikä- ja sukupuolijakauma.</p>				
<p>3</p> <p>Depression hoito pariterapialla molempien vs. toisen puolison ollessa masentunut</p> <p>Kaisa Perko 2009</p> <p>Pro Gradu, Jyväskylän yliopisto</p>	<p>Selvittää, onko puolison masentuneisuudella yhteyttä masennuspotilaan hoitotulokseen pariterapiassa ja kartoittaa masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta potilailla ja puolisoilla sekä heidän välillään.</p>	<p>Seurantatutkimus, haastattutkimuksessa käytettiin parametrisoituja analyysimenetelmiä.</p>	<p>DINADEP (Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa) -hankkeen tutkimusryhmään satunnaistetuista pariskunnista (n=36, 14 nais- ja 22 miespotilasta).</p>	<p>Puolison masentuneisuus on yhteydessä masennuksen hoitotulokseen masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden osalta. Potilaat, joiden puoliso oli myös masentunut tutkimuksen alkutilanteessa, olivat merkittävästi masentuneempia kuin potilaat, joiden puoliso ei ollut masentunut. Potilailla, joiden puoliso oli masentunut, parisuhdetyytyväisyys kasvoi seuranta-aikana merkittävästi vähemmän kuin potilailla, joiden puoliso ei ollut masentunut. Naiset olivat alkutilanteessa merkittävästi masentuneempia kuin miehet.</p>
<p>Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät:</p> <p>- Aineiston pieni koko - Tutkijat eivät olleet suorassa yhteydessä tutkittaviin</p> <p>- Tutkittavilla oli enemmän somaattista sairastavuutta ja masennusoireet olivat kestäneet pidempään kuin tutkimuksesta kieltäytyneillä potilailla. Näin ollen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä masennuspotilaisiin yleensä.</p>				
<p>1,2</p> <p>Kahden erilaiseen hoitotulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin vertailua (Terapeuttien toimintamallit, vuorovaikutus ja työskentelytavat tuloksellisuuskokulmasta)</p> <p>Hanna Markkula 2010</p> <p>Pro Gradu,</p>	<p>Tarkastella terapeuttien työskentely- ja vuorovaikutustyylien eroja sekä näiden erojen vaikutuksia terapian kulkuun kahden erilaiseen tulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin kohdalla.</p>	<p>Tutkielma on osa Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) – tutkimusprojektia, jonka toteutus on tapahtunut yhdessä psykiatristen ja muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa.</p>	<p>Aineisto on kerätty kolmen eri sairaanhoidopiiriin alueelta ja jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa yksikössä kahdesta terapeutista muodostunut työpari on hoitanut masentunutta asiakasta ja hänen puolisoaan pariterapiassa.</p>	<p>Terapeuttiparien toiminnassa on eroja työskentelyn jäsentyneisyyden, asiakkaita koskevien tulkintojen esittämisen, käytännön ratkaisujen etsimisen, muutospuheen myönteisyyden ja erityisesti terapian asiakaskeksisyyden toteutumisen osalta. Edellä mainitut tekijät vaikuttivat terapeuttisen allianssin rakentumiseen sekä ylläpitämiseen ja tätä kautta terapian etenemiseen.</p>

Jyväskylän yliopisto				
Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät: - Lyhyiden tekstinäytteiden rajallinen anti				
2 Alkoholinkulutus ja masennusoireet takia hoitoon hakeutuvilla asiakkailla Johanna Väänänen 2007 Pro Gradu, Jyväskylän yliopisto	Selvittää alkoholin-kulutusta sekä sen yhteyttä masennusoireisiin masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkailla. Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuluttavatko masentuneet paljon alkoholia, ovatko masennusoireet ja alkoholinkulutuksen taso yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavatko taustamuuttajat kuten alkoholinkulutuksen taso, ikä, sukupuoli, työtilanne, perhemuoto ja parisuhdetyytyväisyys masennusoireiden ja alkoholinkulutuksen yhteyteen.	Tutkimus on osa vuonna 2006 alkanutta Jyväskylän yliopiston Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINA-DEP) – pitkittäistutkimusta.	Tutkimusaineisto koostui kolmesta sairaanhoitopiiristä vuoden 2006 aikana masennuksen takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden (n=45) tiedoista hoitoon hakeutumisen hetkellä.	Alkoholin suurkuluttajilla masennusoireet ja alkoholinkulutus olivat yhteydessä toisiinsa. Riskiryhmässä samanaikaisille alkoholiongelmille sekä masennukselle näyttäisivät olevan masentuneista alkoholin suurkuluttajista miehet, 30 - 39 - vuotiaiden ikäryhmä, työttömät ja ydinperheessä asuvat. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että masennuksen hoidossa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota runsaasti alkoholia kuluttaviin asiakkaisiin sekä huomioida mahdolliset masennuksesta ja samanaikaisista alkoholiongelmista kärsivien riskiryhmät ja sairastuneen lähipiiri.
Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät: + Uutta tietoa alkoholinkulutuksen jatkumon yhteydestä masennukseen - Aineiston pieni koko - Tutkimuksen ulkopuolelle ovat jääneet yksineläjät				
1,2 Innovatiiviset hetket masennuksen pariterapiassa Noora Jussila 2009 Pro Gradu, Jyväskylän yliopisto	Tarkastella laadullisella ja narratiivisella lähestymistavalla masennuksen pariterapiakeskusteluissa ilmeneviä innovatiivisia hetkiä (i-moments). Termi viittaa asiakkaan ajatuksiin, tunteisiin ja toimintaan, jotka ovat poikkeusta tai ristiriidassa hänen hallitsevan, ongelmakyllästeisen tarinan kanssa. Tietynlaisten i-hetkien ilmaantuminen on todettu kuvaavan terapeutista muutosta.	Tutkielma on osa Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa – tutkimusprojektia (DINA-DEP). Tarkastelu tapahtui laadullisella ja narratiivisella lähestymistavalla. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista koodausmenetelmää (IMCS).	Tutkimusaineistona oli kaksi pariterapiaprosessia, joista toinen oli hoitotulokseltaan onnistunut.	Jos parin vuorovaikutus oli riitaisa, oli i-hetkien määrittäminen haasteellista. I-hetkiä esiintyi aineistossa monipuolisesti: asiakkaat toivat keskusteluun i-hetkiä itselleen, puolisoaan varten tai kertoivat niistä toisen puolesta. He tuottivat myös yhteisiä i-hetkiä. Terapeutit käyttivät lähinnä i-hetkien ilmaantumista edesauttavia kysymyksiä sekä osallistuvaa poikkeusten aikana keskusteluun. Pariterapiakeskustelut antoivat i-hetkistä yksilöterapiaa monimutkaisemman kuvan: esimerkiksi

				toiselle hyödyllinen i- hetki saattoi kohdis- tua toista puolisoa vastaan. Välillä i- hetki oli myös puo- lustautumista toisen syytöksiltä tai oman kritiikin lievittämistä. Tarvetta jatkotutki- mukselle siis löytyy.
Laatusisällön lisäävät ja heikentävät tekijät: + Uutta tietoa alkoholinkulutuksen jatkumon yhteydestä masennukseen - Aineiston pieni koko - Tutkimuksen ulkopuolelle ovat jääneet yksineläjät				
1 Mikä auttaa ma- sennuksessa? Anne Myllykan- gas 2009 Pro Gradu, Jyväskylän yli- opisto	Selvittää, mikä merkitys sosiaalisel- la tuella on nuorten selviämässä ma- sennuksesta heidän oman kokemuksen- sa mukaan.	Tutkimus oli kvalitatiivinen. Aineisto koostui kahdeksasta nuorten kirjoit- tamasta omakoh- taisesta selviy- tymistarinaan. Aineisto oli narratiivinen. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi.	Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 18–21- vuotiaat nuo- ret, joilla oli diagnosoitu masennus. Tutkimusai- neisto koostui nuorten kir- joittamista selviytymistä- rinoista, joissa he kertoivat oman koke- muksensa saamastaan tuesta ja mitä se merkitsi heille.	Sosiaalinen tuki auttaa nuoria selviy- tymään masen- nuksesta, mutta apua tulisi olla tarjolla nykyistä aikaisem- min. Moni nuori kertoi avun tarpees- taan jo muutamaa vuotta ennen sairas- tumisensa kouluku- raattorille, yksi nuo- rista joutui odotta- maan jopa kuusi vuotta, ennen kuin hän pääsi oikeanlai- sen avun piiriin.
Laatusisällön lisäävät ja heikentävät tekijät: - Monikulttuuriset perheet ja toisista kulttuureista tulevat nuoret puuttuvat aineistosta				
Persoonallisuuden piirteiden yhteys masennuksesta kuntoutumiseen Raimo Raitasalo, Jouko K. Salmi- nen, Simo Saarijärvi, Tuula Toikka 2006 Suomen Lääkäri- lehti	Selvittää vakavaa masennustilaa sairastavien potilai- den viiden keskei- sen persoonallisuuden piirteiden yhteyksiä sairaudesta toipumiseen ja työkyvyn palautu- miseen.	Naturalistinen vuoden seuranta- tutkimusPerso- onallisuutta kartoitettiin NESTA-testillä. Persoonallisuus- piirteiden yhteyttä masen- nuksesta toipumiseen ja työkykyisyyteen tarkasteltiin logistisella reg- ressioanalyysillä.	145 vakavaa masennusta sairastavaa potilasta	Masennuksesta toi- puneet naiset ja mie- het olivat avoimem- pia (naiset $p = 0,003$, miehet $p = 0,004$), ulospäin suuntau- tuneempia ($p < 0,001$) ja vähemmän neuroottisia ($p < 0,001$) kuin seurannan aikana edelleenkin masentu- neet. Samat tekijät olivat yhteydessä myös työkyvyn palautumi- seen.
Laatusisällön lisäävät ja heikentävät tekijät: - On epäselvää missä määrin todellisuudessa persoonallisuuden peruspiirteet ovat pysyviä ja missä määrin niiden mittaaminen NESTA-testillä on ajallisesti pysyvää				
1	Selvittää fyysisen ympäristön, liikun-	Tutkimus on kvantitatiivinen.	Aineisto kerät- tiin vuoden	Yli kaksi tuntia vä- hintään keskitehoista

<p>Liikunta ja psyykinen hyvinvointi ikääntyneillä</p> <p>Raimo Kuhanen 2009</p> <p>Liikuntapedagogiikan syventävien opintojen tutkielma</p> <p>Jyväskylän yliopisto</p>	<p>nan harrastamisen ja psyykkisen hyvinvoinnin (tyytyväisyys, depressio ja minäkäsitys) välisiä yhteyksiä ikääntyneillä aikuisilla.</p>	<p>Aineiston tilastollinen käsittely suoritettiin SPSS -ohjelmalla. Mittarien sisäistä yhdenmukaisuutta analysoidiin Cronbachin alfa-kertoimen sekä väittämien välisten korrelaatioiden avulla. Faktorivaliditeettia analysoidiin eksploraatiivisella promax-rotatoidulla pääakselifaktori-analyysillä, jossa huonoiten malliin sopiva väittämä eliminoidaan iteroimalla.</p>	<p>2007 ja 2008 aikana kyselylomakkeilla harkinnanvaraisesti eri harrastusryhmistä valituille 50 miehelle ja 144 naiselle, joiden keski-ikä oli 73 vuotta (vaihteluväli 63 -100 vuotta).</p>	<p>liikuntaa viikossa on yhteydessä depression alenemiseen, ja tyytyväisyyden ja minäkäsityksen parantamiseen. Hyvään koettuun terveyteen ja toimintakykyyn liittyvä runsas liikunta on yhteydessä vähäiseen depression. Huono koettu terveys ja toimintakyky ennustavat depressiota ja vähäistä tyytyväisyyttä.</p>
<p>Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät:</p> <p>+ Kahteen kertaan tehty kysely, joiden väli oli yksi vuosi</p> <p>+ Mittarit täyttivät asetetut reliabiliteetti- ja validiteettivaatimukset</p>				
<p>1</p> <p>Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä</p> <p>Jouko Lind ym. 2011</p> <p>Kela, tutkimusosasto Helsinki</p>	<p>Selvittää kuntoutujan keskeisten sosiodemografisten tekijöiden, kuntoutusta edeltäneen terveydentilan ja kuntoutustoimenpiteiden merkitystä vuoden 2006 työmarkkinaaktiivisuuteen, ts. kuuluuko kuntoutuja työvoimaan vai ei tai onko hän opiskele-massa.</p>	<p>Seurantatutkimus perustuu Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneitä koskeviin rekisteritietoihin. Työmarkkinaaktiivisuuteen (aktiivi – ei aktiivi) vuonna 2006 yhteydessä olevia tekijöitä analysoidiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä.</p>	<p>Kohderyhmä (n = 3 655) koostuu vuoden 2006 lopussa elossa olleista henkilöistä, jotka kuntoutukseen hakeutuessa olivat 16–60-vuotiaita ja joilla kuntoutushakemuksen päädiagnoosi oli masennus</p>	<p>Masennuspotilaat, jotka kuntoutukseen hakeutuessaan olivat työelämässä tai opiskele-massa, olivat työmarkkina-asemaltaan useimmin aktiiveja kolmen vuoden kuluttua kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutukseen hakeutuessa työkyvyltään rajoittuneista lähes 40 % oli vuoden 2006 lopussa työelämässä tai opiskele-massa. Työhön paluun tai opiskelun edellytykset heikkenivät selvästi kuntoutusta edeltäneiden sairauspäivärahopäivien määrän lisääntyessä. Aktiivien osuus oli suurin kuntoutukseen hakeutuessa 25–34-vuotiaiden ikäluokassa ja ns. henkisen työn ammateissa.</p>
<p>Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät:</p> <p>- Tutkimuksessa ei ollut käytettävissä tietoja kuntoutujan sairaushistoriasta, psykiatrisesta hoidosta ja mahdollisista muista mielenterveyskuntoutuksen muodoista ennen Kelan järjestämää kuntoutusta</p>				

1,2 Psykoteraapia, masennus ja sisäinen tarina Jukka Valkonen 2007 Kuntoutussäätiön tutkimuksia	Selvittää masennuk- sen vuoksi psykote- rapiaan hakeutunei- den ihmisten koke- muksia psykoterapi- an vaikutuksista, heidän käsityksiään masennuksensa muutoksista ja terapian merkityksiä osana ihmisten ”sisäisiä tarinoita”.	Haastattelu. Narratiivinen tutkimus.	14 Helsingin psykoteraapia- projektiin osallistunutta henkilöä.	Terapialla koettiin olevan vaikutuksia välittömiin kokemuk- siin, ajatteluun ja sosiaaliseen toimin- taan. Terapiaan ja tutkimusasetelmaan koettiin liittyvän myös haittoja.
Laatua lisäävät ja heikentävät tekijät: - Tutkimushaastattelut ja terapia asettuivat sekä ajallisesti että rakenteellisesti niin lähelle toisiaan, että nämä prosessit sekoittuivat joissakin tapauksissa toisiinsa				

4.6 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tulee kiinnittää huomiota alkuperäistutkimusten laatuun, millä pyritään lisäämään luotettavuutta. Laadulle määritetään peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa ja -kysymyksissä. Kriteereitä tulee kuitenkin vielä tarkentaa ennen lopullista alkuperäistutkimusten valintaa. Laatukriteerit vaihtelevat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan. Laadussa kiinnitetään huomioita muun muassa alkuperäistutkimusten ja niissä käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. Alkuperäistutkimuksia voidaan hylätä vielä laadun arvioinnin jälkeenkin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42 - 43.)

Seuraavassa ovat tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä (Metsämuuronen 2000, 23).

1. Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2. Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa kontrolliryhmä
4. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5. Kohorttitutkimus
6. Tapaus-kontrollitutkimus
7. Poikittaistutkimus (Cross-sectional study)
8. Rekisteritutkimus
9. Sarja tapauksia (Series of consecutive cases)
10. Yksittäinen tapaustutkimus

4.7 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytettävien alkuperäistutkimusten lopullinen määrä saadaan vasta sekä alkuperäistutkimusten valinnan että laadun arvioinnin jälkeen. Näiden perusteella valitut alkuperäistutkimukset muodostavat analysoitavan aineiston. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoitus on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, ymmärrettävästi sekä selkeästi tutkimuskysymyksiin. Alkuperäistutkimusten analyysin ja tulosten esittämisen yhteydessä objektiivisuudella viitataan tämän taustan ja tulkinnan väliseen johdonmukaisuuteen sekä kaikkien tulosten systemaattiseen esittämiseen. Analyysissä kiinnitetään huomiota alkuperäistutkimusten sisällöllisiin kysymyksiin ja niiden laatuun. Alkuperäistutkimusten kuvailevassa synteesissä kuvataan tulokset sekä ilmeiset yhtäläisyydet ja erot. Tärkeintä on esittää tulosten analyysi ja välttää ylitulkintaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällön analyysin vaiheet:

1. Alkuperäistutkimusten tuloksiin eli aineistoon perehtyminen.
2. Aineiston pelkistäminen. Pelkistetyt ilmaukset kirjoitetaan ylös mahdollisimman samalla tavalla kuin alkuperäisaineistossa.
3. Aineisto luokitellaan. Sisällöllisesti samankaltaiset asiat yhdistetään samaan kategoriaan.
4. Aineiston abstrahoidaan. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa, jolloin yläkategoriat muodostuvat.

Aloitin alkuperäistutkimusten analysoinnin lukemalla valitsemieni tutkimusten tulokset ja pohdintaosuuden. Jokaisen lauseen, joka vastasi johonkin kolmesta tutkimuskysymyksestäni merkitsin yliviiwaustussilla. Jokaiselle tutkimuskysymykselle käytin omaa väriä.

Luettuani kerran kaikki tulokset läpi, luin uudelleen kaikki yliviiwaustussilla merkitsemäni lauseet ja laitoin sivun kulmaan symbolin, joka kuvasi lauseessa käsiteltyä asiaa. Tämän saman symbolin merkitsin kaikkien tutkimusten lauseiden viereen, jossa kyseistä asiaa käsiteltiin. Esimerkiksi jos yliviiwaustussilla merkitsemässäni lauseessa masennuksella ja lääkkeillä oli jokin yhteys, piirsin sivun reunaan pienen neliön. Tämän neliön merkkasin kaikkiin tutkimuksiin siihen kohtaan, jossa mainittiin lääkehoito masennuksesta toipumisen yhteydessä. Jokaiselle masennuksesta toipumiseen vaikuttavalle tekijälle keksin oman symbolin, esimerkiksi parisuhteelle sydämen, arjelle kolmion, terapialla ympyrän jne. Näiden symbolien avulla hahmotin helposti kuinka monista eri tekijöistä masennuksesta toipumisen yhteydessä alkuperäistutkimuksissa esitetään tutkittua tietoa ja kuinka paljon tietoa on kustakin tekijästä. Tässä vaiheessa aloin jo hahmottamaan mahdollisia tulosten otsikoita.

Seuraavaksi aloin kirjoittamaan tuloksia. Aloitin kirjoittamisen lääkehoidon yhteyttä masennuksesta toipumiseen koskevilla tekijöillä. Ensin kirjoitin ne tulokset, jotka edistävät ja ennustavat toipumista, sitten ne tekijät, jotka haittaavat toipumista ja lopuksi tekijät, joilla ei ole vaikutusta toipumiseen. Selasin kaikista alkuperäistutkimuksista yliviiwaustussilla merkitsemäni lauseet läpi ja luin uudelleen ne, joiden kohdalla oli lääkehoitoa merkitsevä symboli, pieni neliö. Näistä kohdista poimin olennaisen tiedon ja kirjoitin tuloksiin. Kävin näin kaikki symbolilla merkitsemäni lauseet läpi ja

kirjoitin olennaisen tiedon aina samaan kappaleeseen, jossa käsiteltiin samaa masennuksesta toipumiseen vaikuttavaa tekijää. Näin muodostuikin tuloksissa käyttämäni otsikot. Kirjoitettuani tulokset kertaalleen, luin kirjoittamani uudelleen ja tiivistin tekstiä sekä jäsentin tuloksia edelleen helpommin luettavaan muotoon.

5 TULOKSET

5.1 Masennuksesta toipumista tukevat ja toipumista ennustavat tekijät

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessäni selvitin tekijöitä, jotka edesauttavat ja ennustavat masennuksesta toipumista.

5.1.1 Lääkitys

Masennuksesta toipuminen on nopeampaa niillä, joilla masennuslääkityksen kesto on lyhytaikaista (Karjalainen 2010, 15). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä suurempi osa asiakkaista toipui kahden vuoden seurannassa muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna huolimatta vähäisemmästä masennuslääkkeiden käytöstä. (Karjalainen 2010, 13.) Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 72,2 % asiakkaista toipui kahden vuoden seurannassa. Heidän masennuslääkityksen keskimääräinen pituus oli yli puolet lyhyempi kuin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja lähes puolet lyhyempi kuin Espoon sairaanhoitopiirissä. Vastaavat luvut toipuneista olivat Pohjois-Savon ja Espoon sairaanhoitopiirissä 46,4 % ja 20 %. (Karjalainen 2010, 11 - 12.) Toipuneista 51,9 %:lla masennuslääkityksen kesto oli lyhytaikainen eli se oli alkanut ja päättynyt tutkimuksen aikana tai sitä ei ollut ollenkaan. (Karjalainen 2010, 14.) Kokonaan ilman lääkitystä olevien asiakkaiden ryhmästä noin 50 % ja lyhytkestoisen lääkityksen ryhmästä lähes 70 % toipui ensimmäisen vuoden aikana. Yhden masennuslääkkeen käyttö ennusti parempaa toipumista kuin kahden masennuslääkkeen yhtäaikainen käyttö. (Karjalainen 2010, 15.) Masennusdiagnoosilla Kelan kuntoutusta saaneista kuntoutus edisti työmarkkina-aktiivisuutta erityisesti niillä, joilla erityiskorvattujen lääkkeiden käyttö oli ollut vähäisintä (Lind ym. 2011, Suomen lääkärilehti, 3218).

Monet nuoret kokevat masennuslääkkeiden auttavan. Lääkkeet vievät liiallisen herkkyyden, mikä auttaa käsittelemään asioita ja helpottaa oloa, auttavat unettomuuteen sekä jaksamaan arjessa. (Romakkaniemi 2011, 148.)

5.1.2 Terapia

Masentuneen päätös lähteä hakemaan ulkopuolista apua saattoi jo helpottaa tilannetta merkiten uutta mahdollisuutta (Romakkaniemi 2011, 130). **Terapiassa** kokemukset siitä, että otetaan todesta ja tullaan aidosti kuulluksi ja nähdyksi edesauttoivat kuntoutumista (Romakkaniemi 2011, 136, 139-140). Toipumiseen johtavan terapeutin suhteen kulmakivinä ovat luottamus ja luottavaisuus, työntekijän asiantuntijuus sekä suhteen kannattelevuus. Vuorovaikutussuhteen syntymisessä merkityksellisiä asioita ovat terapeutin keskustelutaito ja persoonallisuus, asiakkaan orientoituminen, rehellisyys ja avoimuus. (Romakkaniemi 2011, 150.) Hoitoprosessin etenemisen kannalta on oleellista, että odotukset ja vuorovaikutuksen tavat kohtaavat (Romakkaniemi 2011, 164).

Terapian keskustelut toimivat muutokseen sysäävänä tekijänä. Asiakkaiden on itse tehtävä suurin työ kuntoutuakseen (Romakkaniemi 2011, 143.) Vaikeiden asioiden pukeminen sanoiksi helpottaa ja asiayhteyksien sekä selitysten löytäminen käsittämättömille tunteille muuttaa ne ymmärrettäviksi (Romakkaniemi 2011, 145). Terapeutin kanssa keskustelu on syvällisempää kuin keskustelut ystävien kanssa ja keskusteluissa pysytään aiheessa. Usein myös vieraan ihmisen kanssa on helpompi jutella. (Romakkaniemi 2011, 146.)

Jotkut psykoterapian vaikutukset ovat välittömiä sisäisiä kokemuksia, jotka ovat kokonaisvaltaisia omaa vointia ja olemista sävyttäviä tai emotionaalisia muutoksia. Jonkin koetaan muuttuneen omassa olossa, eikä tälle muutokselle välttämättä löytynyt sanoja. Joskus psykoterapialla koettiin olleen vaikutusta jonkin todellisen ja aidon tavoittamisessa. (Valkonen 2007, 233.) Terapia lisää ymmärrystä ja tietoa masennuksesta tai muulla tavoin edistänyt kykyä ymmärtää itseään ja elämäntilannettaan. Tiedon lisääntyminen tai näkökulmien muuttuminen merkitsee totuudenmukaisemman itseä ja ympäröivää maailmaa koskevan käsityksen syntymistä. Toisille kyse oli metaforisesta muutoksesta, näkökulmien monipuolistumisesta ja pakottavista tulkinnoista vapautumisesta. (Valkonen 2007, 233.) Terapian myötä omat ajattelutavat muuttuvat ja muutokset vaikuttavat työhön, kouluun ja sosiaalisiin suhteisiin. Terapia tarjoaa ideoita käyt-

täytymisen ja elämäntilanteen muutoksiin (esim. sairauslomalle jääminen.) Terapia siis tukee ihmisten vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämäänsä. (Valkonen 2007, 233.) Jos muutokset tapahtuivat välittömissä sisäisissä kokemuksissa, tiedon ja ymmärryksen lisääntymisessä sekä toiminnallisissa että sosiaalisissa muutoksessa, terapian vaikutus on merkityksellistä ja riittävää (Valkonen 2007, 234).

Hoidon onnistuminen edellyttää joustavia erikoislääkärin konsultaatiomahdollisuuksia ja tarvittaessa oikea-aikaisen hoidon tehostamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 52). Perusterveydenhuollossa hoidon kolmiomallin muodostavat depressiohoitaja, omalääkäri ja konsultoiva psykiatri. Tämä hoitomalli on todettu toimivaksi **Vantaan** ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 53.)

18 - 21-vuotiaat masentuneet nuoret arvostavat sosiaalisen tuen muodoista eniten tiedollista tukea, joka sisältää psykiatrisen avohoidon ja koulukuraattorin tuen. Merkityksellistä on saada oikeaa tietoa masennuksesta, sen vaikutuksista ja kuinka hoitaa itseään. Perheelle annettu tiedollinen tuki koettiin myös tärkeänä. (Myllykangas 2009, 75.)

Suljetulla osastolla hoidossa olleiden 13 - 18-vuotiaiden nuorten psykososiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky, ruumiinkuva ja psykologinen minäkuva parantui osastohoidon aikana. Lukuisat terapiakerrat ja hyvä hoitosuhde edistivät toipumista. Onnistunut hoito suljetulla osastolla edellyttää erityyppisten interventioden, kuten säännöllisen yksilöllisen ja terapeuttisen hoitosuhteen, perheinterventioiden sekä psykeenlääkehoidon ja suunnitelmallisen kouluohjelman yhdistämistä. (Hintikka 2007, 80.)

Vertaisryhmässä toisten kokemuksiin on helppo samaistua ja toisten selviytyminen luo toivoa omasta selviytymisestä (Romakkaniemi 2011, 170). Asioista pystyy puhumaan vapaasti, sairauteen voi suhtautua huumorilla, muiden masentuneiden kohtaaminen vähentää sairauteen liittyvää leimaa ja erilaisuuden tunnetta kun omat kokemukset eivät olleet poikkeuksellisia. Toipumisen kannalta merkityksellistä on sairaudesta puhumisen lisäksi yhdessä oleminen (Romakkaniemi 2011, 171-172, 176). Vertaistukiryhmässä muilta masentuneilta saatu tuki on ryhmää ohjanneen työntekijän tukea keskeisempi (Romakkaniemi 2011, 178).

Onnistuneeseen hoitotulokseen johtavan **pariterapiaprosessin** terapeuttien työskentelytapa on jäsentynyt, empaattista ja kohteliasta. Terapiassa vallitsee kiireetön tun-

nelma ja suhde aikaan on rauhallinen. Keskusteluissa keskitytään muutokseen liittyvien myönteisten merkitysten rakentamiseen ja nykyhetken mahdollisuudet otetaan huomioon. Terapeutit kunnioittavat pariskunnan rajoja jos huomaavat, että nämä eivät ole valmiita käsittelemään jotakin aihetta. Uusien näkökulmien avaaminen tapahtuu yhteistyössä pariskunnan oman pohdinnan kautta. Lukkoon lyötyjä, terapeuttilähtöisiä tulkintoja ongelmista tai niiden välisistä kausaalisuhteista ei esitetä, joskin pariskunnan toisen osapuolen kuvaillessa syyllisyydentunteitaan ja niihin liittyviä arkielämän tilanteita toimivat terapeutit aktiivisemmin korostamalla tekijöitä, joiden valossa tämä osapuoli voisi arvioida uudelleen oliko syyllisyyteen aihetta. Terapeutit välttävät pitkiä puheenvuoroja keskittyen asiakkaiden kuuntelemiseen. Pariskunnan kumpaakin osapuolta huomioidaan tasapuolisesti. Alianssikatkoksia onnistuneissa istunnoissa ei juurikaan ilmene. (Markuksela 2010, 34.)

Onnistuneessa pariterapiaprosessissa innovatiivisia hetkiä on paljon, ne ovat monipuolisia, rakenteeltaan yhtenäisiä ja niiden määrä kasvaa terapian edetessä. Ei-masentunut puoliso keskittyy puolisonsa ongelmiin ja tuo innovatiivisten hetkien aikana esille eri näkökulmia. Pariskunnalla ei ollut erimielisyyksiä ongelmien määritelmistä ja syistä. (Jussila 2009, 29.) Terapeutit osallistuvat enemmän keskusteluun innovatiivisten hetkien aikana (Jussila 2009, 29-30). Pariterapia voi olla hyödyllinen masennuksen hoidossa vaikka parisuhdeongelmia ei olisikaan (Jussila 2009, 31). Jos pariskunnan vuorovaikutus on riittävä, on hoidon alussa pyrittävä löytämään yhteisiä määritelmiä ongelmille, jolloin innovatiivisten hetkien muodostaminen on helpompaa. Vaikka pariterapia kohdistuisikin vain toiseen osapuoleen, on hyvä käsitellä myös ei-masentuneen puolison i-hetkiä, sillä ne liittyvät usein toisen osapuolen tilanteeseen ja mahdollisesti herättävät keskustelua myös hänen poikkeuksista. (Jussila 2009, 32.)

Kun pariskunta asettuu yhdessä ongelmia vastaan ja jos he keskustelevat keskenään paljon ennen terapiaistuntoa ja sen ulkopuolella, mahdollistaa se innovatiivisten hetkien monipuolisempaa käsittelyä istunnossa ja nopeuttaa terapeutin muutoksen syntymistä (Jussila 2009, 31).

5.1.3 Persoonallisuuden piirteet

Vähäinen neuroottisuus, ulospäin suuntautuneisuus ja avoimuus ovat yhteydessä vakavasta masennuksesta toipumiseen sekä työkyvyn palautumiseen. Toipumista edisti alkuvaiheessa esille tullut ulospäin suuntautuneisuus, avoimuus ja vähäinen neurootti-

suus. (Raitasalo ym. 2006, 296.) Masennuslääkityksestä (fluoksetiini) hyötyvät erityisesti huumorintajuiset, sublimaatiokykyiset ja toiveikkaat potilaat (Kronstrom 2011, 40.) Terve itsekkyyks on ollut monen tie ulos masennuksesta. (Romakkaniemi 2011, 203.)

5.1.4 Sosiaaliset suhteet ja arjen merkitys

Perhe koetaan usein voimavarana. Läheisiä ja ystäviä tarvitaan rohkaisemaan hoitoon hakeutumisessa ja kannustamaan lähtemään liikkeelle. Läheisten kanssa voi purkaa tunteitaan. (Romakkaniemi 2011, 206 - 209.)

Arjen rytmit ja hallittavuus ovat keskeisiä tekijöitä masennuksesta kuntoutumisessa. Arjen rytmien tulee kuitenkin olla sellaisia, joiden suhteen on mahdollisuus joustaa. (Romakkaniemi 2011, 198.) Hyvä asumistilanne koetaan resurssina, joka auttaa kuntoutumaan ja luonnossa liikkuminen koetaan voimaannuttavana (Romakkaniemi 2011, 195-196). Keskeinen hoitoprosessin tulos on olla terveellä tavalla itsekäs, jolloin itselle annetaan aikaa, tehdään miellyttäviä asioita ja pidetään puoliaan. (Romakkaniemi 2011, 203.)

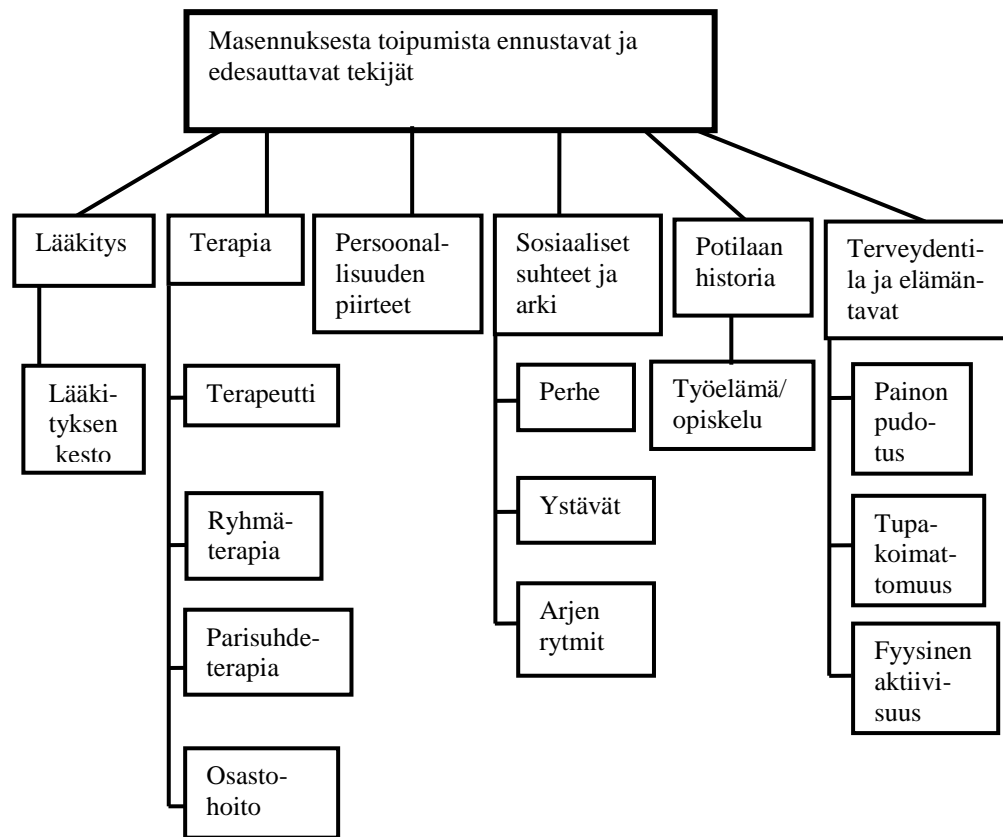
5.1.5 Potilaan historia

Ne jotka masennuskuntoutuksen alkaessa olivat työelämässä tai opiskelijoina, olivat todennäköisimmin kolmen vuoden seuranta-ajan jälkeen työmarkkina-asemaltaan aktiiveja. Myös Kelan kuntoutusta saaneista kuntoutus edisti työmarkkina-aktiivisuutta erityisesti niillä, joilla sairauslomien kesto oli ollut vähäisintä. (Lind ym. 2011, Suomen Lääkärilehti.)

5.1.6 Terveystila ja elämäntavat

Painonpudotus on yhteydessä masennuksesta toipumiseen niin, että noin vuoden kestäneeseen painonhallintaohjelmaan osallistuneiden asiakkaiden keskimääräinen painonpudotus oli 6,4 kg (6,1 %), jolloin myös masennuspistemäärä laski 3,9 yksikköä eli 36,7 % (Räsänen ym. 2008, 17). Alkumittauksessa vähintään lievästä masennuksesta (BDI>9) kärsi 46,9 % tutkittavista. Noin vuoden kuluttua tehdyssä loppumittauksessa vastaava luku oli 24,3 %. (Räsänen ym. 2008, 19.)

Perusterveydenhuollon naispotilailla tupakoimattomuus ennustaa parempaa masennuksesta toipumista kuin tupakoivilla (Rantala 2010, 15). Säännöllisesti liikkuvat ja urheilevat ovat emotionaalisesti tasapainoisempia kuin henkilöt, jotka eivät harrasta liikuntaa (Bäckmand 2006, 72). Fyysinen aktiivisuus vähentää masentuneisuuden riskiä (Bäckmand 2006, 75). Hyvinvoiva ja fyysisesti aktiivinen ihminen hallitsee paremmin muuttuvia ulkoisia ja sisäisiä rasitustekijöitä ja tämä voi vähentää masennuksen muodossa ilmenevää oireilua (Bäckmand 2006, 74-75). Vähintään puoli tuntia keskitehoista liikuntaa päivittäin on yhteydessä vanhusten depression alenemiseen (Kuhanen 2009, 51).



Kuva 2. Masennuksesta toipumista ennustavat ja edesauttavat tekijät

5.2 Masennuksesta toipumista haittaavat ja heikkoa toipumista ennustavat tekijät

Toisessa tutkimuskysymyksessäni selvitin tekijöitä, jotka haittaavat masennuksesta toipumista tai ennustavat heikompaa toipumista.

5.2.1 Lääkitys

Pitkään kestänyt masennuslääkitys ennustaa huonompaa masennuksesta toipumista, kuin lyhytestoinen lääkitys. Kahden vuoden seurannassa Pohjois-Savon ja Espoon sairaanhoitopiirissä masennuslääkityksen keskimääräinen pituus oli noin kaksinkertainen verrattuna Länsipohjan sairaanhoitopiirissä. Pohjois-Savon ja Espoon sairaanhoitopiirissä masennuksesta toipuneiden osuus oli vain 46,4 % ja 20 %, kun taas Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 72,2 %. (Karjalainen 2010, 11 - 12.)

Heistä, joilla masennuksen tila oli huonontunut 55,6 %:lla, masennuslääkitys oli pitkäkestoista eli lääkitys oli alkanut ennen terapian aloittamista ja jatkui kahden vuoden seurannan jälkeen. Toipuneista vain 29,6 %:lla lääkitys oli pitkäkestoista. (Karjalainen 2010, 14.) Pitkän lääkityksen ryhmässä olevista asiakkaista alle 20 % toipui masennuksesta ensimmäisen vuoden aikana. Vastaavat luvut ilman lääkitystä tai lyhyellä lääkityksellä olleilla oli 50 % ja 70 %. (Karjalainen 2010, 15.) Kahden masennuslääkkeen yhtäaikaisten käyttö ennustaa huonompaa toipumista. Huonontuneiden ryhmästä 50 % käytti kahta masennuslääkettä samanaikaisesti kun vastaava luku toipuneilla oli vain 9,1 % (Karjalainen 2010, 15). Lääkitys oli toisinaan jaksamista murentava (Romakkaniemi 2011, 227).

5.2.2 Terapia

Psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset hakeutuvat terveystalouteen usein fyysisten vaivojen vuoksi, mikä hankaloittaa varsinaisen ongelman tunnistamista (Lind ym. 2011) eivätkä ihmiset osaa aina yhdistää oireitaan masennukseen. (Romakkaniemi 2011, 127). Masennuksen leimaavuus vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja hoidon alun viivästyminen on ongelmallista (Romakkaniemi 2011, 161).

Terapeuttisen hoitoprosessin ongelmakohdat liittyvät terapeuttisen yhteistyösuhteen muodostumiseen, terapeutin ja asiakkaan persoonallisuuksien väliseen dynamiikkaan, terapiakeskustelujen sisältöihin ja toimintatapoihin. Yhteistyösuhteen kehittymisen

ongelmat liittyivät terapiaan liittyviin odotuksiin, vuorovaikutukseen ja kokemuksiin kohtaamattomuudesta. (Romakkaniemi 2011, 152.) Jos terapiassa keskeisenä vaikuttavana tekijänä oletettiin olevan terapeutin aktiivisuus keskustelujen ohjaamisessa, päinvastainen toimintatapa herätti kielteisiä kokemuksia. Terapeutin hiljaisuus koettiin kiusallisena, turhauttavana ja huvittavana. Joidenkin kohdalla tyytymättömyys terapiaan liittyi kokemuksiin siitä, että puhuttiin vääristä asioista, välteltiin vaikeista asioista puhumista tai itselle tärkeäksi koettu aihe ohitettiin. Työntekijällä saattoi olla erilainen käsitys ongelmasta kuin asiakkaalla. Erityisen usein nämä erimielisyydet liittyivät alkoholiin. (Romakkaniemi 2011, 157.) Tutkimuksen rutiinimenetelmät loivat tunteen rutiinikohtaamisesta, jolloin terapeutin ja asiakkaan välille syntyi etäisyyttä (Romakkaniemi 2011, 159). Pahimmassa tapauksessa terapia päättyi loukkaantumisen tunteeseen. Loukkaantumiseen liittyi terapeutin puhe resursseista ja pariterapiassa syyllistävät puheet sekä puolueellisuus. (Romakkaniemi 2011, 160.) Keskeisimmät puutteet liittyen hoitoprosessiin liittyvät vertaistukeen, selkeisiin itsehoito-ohjeisiin, käytännöllisen avun järjestämiseen sekä tiedon puutteeseen masennuksesta, sosiaaliturvasta ja kuntoutuksen vaihtoehtoista (Romakkaniemi 2011, 163 - 164). Eräässä tutkimuksen tapauksista tiedon puuttuminen masennuksesta kiihdytti masennuksen syvenemistä (Romakkaniemi 2011, 163). Jotkut potilaat kokivat kyselylomakkeisiin vastaamisen kuormittavana ja tutkimushaastattelut ja terapiaistunnot sekoittuivat keskenään. Joskus terapia on liian lyhyt, se koetaan liian positiiviseksi ja terapia saattaa olla ajallisesti, taloudellisesti ja emotionaalisesti kuormittava. (Valkonen 2007, 234.)

Vertaistuellisen kuntoutuksen ongelmat liittyivät ryhmän kestoon ja kokoonpanoon sekä jännittämiseen. Joidenkin mielestä toisten kertomusten kuunteleminen tuntui ahdistavalta ja pelottavalta. (Romakkaniemi 2011, 175.)

Heikkoon hoitotulokseen johtaneen **pariterapiaprosessin** terapeutit työskentelivät vaihtelevia ja erilaisia taktiikoita vaihdellen (Markuksela 2010, 34 - 35). Innovatiivisia hetkiä oli vähän, ne olivat lyhyitä, katkonaisia eivätkä ne lisääntyneet terapian aikana (Jussila 2009, 29-30). Terapeuttien puheen sävy oli paikoitellen psykoedukatiivinen ja pariskunnan ongelmiin haettiin nopeita käytännön ratkaisuja jolloin ongelmiin liittyvien tunnesisältöjen käsittely jäi vähemmälle. Parisuhteen ja masennuksen välisiä syys-auraussuhteita käsiteltiin lähinnä niiden kielteisiä merkityksiä painottaen. Terapeutit keskittyivät kartoittamaan kuinka ongelmat olivat syntyneet ja mikä niitä piti edelleen yllä. Ongelmakentän rajaaminen oli terapeuttilähtöistä. Vain parisuhdeongelmaan

keskityttiin huolimatta siitä, että pariskunta toi ilmi useita eri tulkintoja tilanteestaan. Terapeuteilla oli runsaasti pitkiä puheenvuoroja ja voimakkaita mielipiteitä, jotka veivät huomiota pariskunnan omilta mielipiteiltä. Vuorovaikutus oli paikoitellen reaktiivista ja useita alianssikatkoksia jäi korjaamatta. Terapeutit käyttivät suorasanaisia tulkintoja pariskunnan syyllisyyttä kokevan osapuolen syyllisyyttä aiheuttaneista tapahtumista eikä empatia jakautunut tasapuolisesti osapuolten välille. (Markuksela 2010, 34-35.)

5.2.3 Persoonallisuuden piirteet

Vuoden seurannassa masentuneina pysyneiden miesten neuroottisuus voimistui ja miesten sekä naisten ulospäin suuntautuneisuus väheni (Raitasalo ym. 2006 Suomen lääkärilehti, 296). Neurotismi sekä tyytymättömyys elämään lisäävät masennuksen kestoja (Bäckmand 2006, 76). Korkea pessimismi ja matala optimismi ovat yhteydessä masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden pitkittymiseen (Kronström 2011, 42).

5.2.4 Sosiaaliset tekijät ja arjen merkitys

Mitä masentuneempi naispuoliso on, sitä masentuneempi potilas (mies) on vuoden seurannassa. (Perko 2009, 21.) Puolison masennuksen asteen yhteys potilaan masennuksen asteeseen vuoden seurannassa säilyy huolimatta potilaan masennuksen asteesta tutkimuksen alussa. (Perko 2009, 15.)

Ajan antaminen omalle toipumiselle ei aina perheen roolien kannalta onnistu (Romakkaniemi 2011, 191). Kokemus läheisille vaivaksi olemisesta, ristiriidat, läheisten vaatimukset tai tuen riittämättömyys tuottivat masennusta ja pitkittivät toipumista (Romakkaniemi 2011, 229). Arjesta muodostuu painavaa, kun tekemättömät työt muistuttavat jaksamattomuudesta. Arjen sujuessa se kuitenkin saattaa tuntua tylsältä ja turruttavalta ja rutiineihin tarrautuminen kääntyä lopulta uuvuttavaksi. (Romakkaniemi 2011, 189, 191.) Vakavasti masentuneiden toipumista heikensi vastoinikäymiset ja/tai heikko sosiaalinen tuki. Voimakkaimmin tämä vaikutus näkyi täyden remission ryhmässä. (Leskelä 2008, 60.)

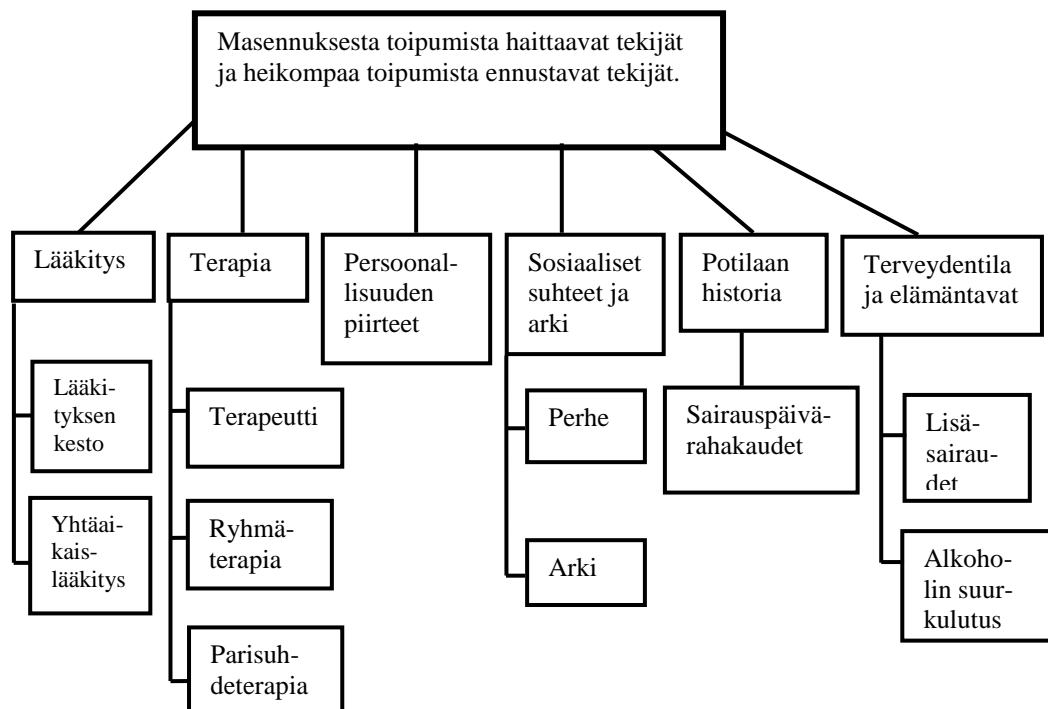
5.2.5 Potilaan historia

Sairauspäivärahakausien pitkittyminen lisäsi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen todennäköisyyttä. Tämä korostaa varhain käynnistyvien kuntoutustoimenpiteiden merkitystä. (Lind ym. 2011, Suomen Lääkärilehti, 3218.) Jos sairauspoissaolo kestää yli puoli vuotta, työhön palaa vain 50 % masentuneista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 60).

5.2.6 Terveystila ja elämäntavat

Masennuksen lisäksi muut mielenterveyden häiriöt ennustivat heikompia edellytyksiä säilyttää tai parantaa työkykyään. Varsinkin miehillä tuki- ja liikuntaelinsairaus lisädiagnoosina on yhteydessä työkyvyn palautumattomuuteen (Lind ym. 2011.)

Alkoholin suurkuluttajista työttömillä, miehillä, 30-39-vuotiailla ja ydinperheessä asuvilla alkoholin käytön kasvaessa masennusoireet lisääntyvät (Väänänen 2007, 15-16). Matala fyysinen aktiivisuus lisää masennuksen riskiä (Bäckmand 2006, 73).



Kuva 3. Masennuksesta toipumista haittaavat ja heikompaa toipumista ennakoivat tekijät.

5.3 Tekijät, joilla ei ole vaikutusta masennuksesta toipumiseen

Kolmannessa tutkimuskysymyksessäni selvitin tekijöitä, joilla ei ole vaikutusta masennuksesta toipumiseen.

5.3.1 Lääkitys

Masennuslääkityksen riittävyydellä ei vuoden seurannassa ollut yhteyttä toipumiseen eikä työkykyisyyteen (Raitasalo ym. 2006, Suomen Lääkärilehti, 295). Myös Lind ym. tutkimuksen mukaan psyykenlääkkeillä ei kolmen vuoden seurannassa ollut yhteyttä työmarkkina-aktiivisuuteen (Lind ym. 2011, Suomen Lääkärilehti, 3216).

5.3.2 Masennuksen taso

Masennuksesta toipuneiden ja ei-toipuneiden asiakkaiden masennuksien tasossa ei ollut merkittävää eroa terapioiden alkaessa (Karjalainen 2010, 14).

5.3.3 Sosiaaliset tekijät

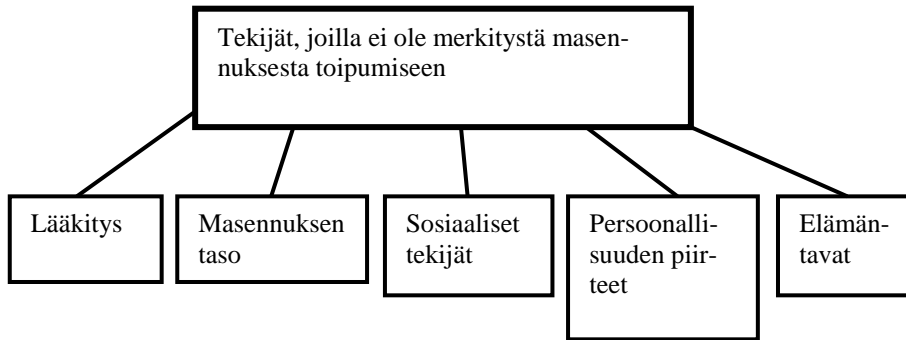
Ei-masentuneen miespuolison masennuksen asteella ei ole merkittävää yhteyttä kosken varsinaisen potilaan (nainen) paranemista vuoden seurannassa. (Perko 2009, 17.)

5.3.4 Persoonallisuuden piirteet

Sovinnollisuus ja tunnollisuus eivät olleet yhteydessä masennuksesta toipumiseen ja työkyvyn palautumiseen (Raitasalo ym. 2006 Suomen lääkäri-lehti, 296).

5.3.5 Elämäntavat

Tutkimuksen alussa mitatulla painoindeksillä ei ollut ennustearvoa masennuksen kestoa arvioitaessa (Rantala 2010, 11).



Kuva 4. Tekijät, joilla ei ole vaikutusta masennuksesta toipumiseen

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä käy selvästi ilmi, että lyhytaikainen masennuslääkkeiden käyttö ennustaa nopeampaa toipumista kuin pitkäaikainen masennuslääkityksen käyttö. Masennuksesta toipuminen on kuitenkin nopeampaa niillä, joiden lääkityksen kesto oli ollut lyhytaikainen kuin niillä, joilla lääkitystä ei ollut ollenkaan. Kahden masennuslääkkeen käyttö samaan aikaan ennusti huonompaa toipumista kuin yhden valmisteiden käyttö kerrallaan. (Karjalainen 2010.) Masennuslääkityksen riittävyydellä ei tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan ole yhteyttä masennuksesta toipumiseen (Raitasalo 2006). Masennuslääkkeiden käyttö auttoi toisinaan jaksamaan mutta toisinaan oli jaksamista murentavaa (Romakkaniemi 2011.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa on keskinäisiä ristiriitoja. Tuloksien mukaan kuitenkin lyhytaikaisen masennuslääkityksen käyttö yhdistettynä psykoterapiaan on tehokkain hoitomuoto. Tämä tukee aiempia tutkimuksia ja masennuksen hoitokäytäntöjä. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät näytä masennuslääkityksen tehoa yhtä vaikuttavana kuin hoitosuosituksissa ja masennukseen hoitoon liittyvissä julkaisuissa. Vaikka masennuslääkkeiden pitkäaikainen käyttö ennustaa tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan heikompaa toipumista kuin niiden lyhytaikainen käyttö, en usko että heikkoon hoitotulokseen on yhteydessä vain lääkityksen kesto. Taustalla on varmasti muitakin tekijöitä, jotka vaikuttavat heikkoon hoitotulokseen. Näitä tekijöitä voisi olla esimerkiksi pitkittynyt masennus, jonka hoidon

aloitus on viivästynyt tai psykoterapia, joka ei ole tukenut toipumista. Näin ollen mielestäni ei voida suoraan sanoa, että pitkäaikainen masennuslääkitys haittaa masennuksesta toipumista. Pikemminkin pitkäaikainen lääkitys ennustaa heikompaa hoitotulosta, mutta taustalla voi olla muita tekijöitä, jotka ovat "varsinaiset" syyt heikkoon hoitotulokseen. Keskimäärin kuitenkin pitkään masennuslääkitystä käyttävillä toipuminen on heikompaa ja hitaampaa. Voisiko olla, että näiden henkilöiden kohdalla hoito on muuten "jumiutunut" eikä ole aktiivisesti tukenut toipumista.

Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan onnistuneessa terapiaprosessissa korostuvat luottamuksellinen suhde potilaan ja terapeutin välillä, terapeutin persoonallisuus ja potilaan oma aktiivisuus (Romakkaniemi 2011). Terapia tukee ihmisen omaa vaikuttamismahdollisuutta omaan elämäänsä (Valkonen 2007). Joustavat erikoislääkärin konsultaatiomahdollisuudet ja tarvittaessa oikea-aikaisen hoidon tehostaminen ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Nämä tulokset tukevat aiempaa tietoa, siitä minkälainen on toipumista edistävä terapia.

Tämän opinnäytetyön mukaan vertaisryhmässä toisten kokemuksiin oli helppo samaistua ja masennukseen liittyvä poikkeuksellisuuden tunne hälveni, mutta toisten kertomukset saattoivat myös tuntua ahdistavilta. Ongelmat liittyivät myös ryhmässä jännittämiseen (Romakkaniemi 2011.) Aiemmissa julkaisuissa on vertaisryhmän positiiviset vaikutukset ilmaistu samanlaisina, kuin tämän opinnäytetyön tuloksessa, joten opinnäytetyö tukee aiempia julkaisuja. Mielestäni on kuitenkin hyvä pitää mielessä se, ettei ryhmämuotoinen toiminta sovi kaikille. Esimerkiksi kovasti jännittäville henkilöille tilanne saattaa olla jopa piinaava. Toisaalta suvaitsevassa ympäristössä voisi vapautua jännityksestä.

Tämän opinnäytetyön mukaan pariterapiassa on tärkeää, että puoliset löytävät yhtäläiset määritykset ongelmille (Jussila 2009) ja että terapeuttien myötätunto jakautuu tasaisesti kummallekin osapuolelle. Pariterapiasta voi olla hyötyä, vaikka kyseessä ei olisi parisuhdeongelma, vaan toisen osapuolen masennus (Markuksela 2010). Aiempien julkaisujen mukaan pariterapiaa ei suositella vain toisen osapuolen masennuksen käsittelemiseen vaan nimenomaan parisuhdeongelmien ratkomiseen. Tämän opinnäytetyön tulokset antavat siis uutta tietoa pariterapian vaikutuksista. Tämän opinnäytetyön tulokset onnistuneen pariterapiaprosessin hoitokäytännöistä tukevat aiempaa tietoa.

Terve itsekkyys (Romakkaniemi 2011), vähäinen neuroottisuus, ulospäin suuntautuneisuus ja avoimuus ennustivat masennuksesta toipumista (Raitasalo ym 2006). Nämä tulokset tukevat aiempaa tietoa masennuksesta toipumista edistäväistä tekijöistä.

Arjen rytmit ja hallittavuus ovat keskeisiä tekijöitä masennuksesta kuntoutumisessa (Romakkaniemi 2011). Arjen sujuvuus saattaa kuitenkin myös tuntua tylsältä ja turruttavalta (Romakkaniemi 2011). Vaikka perhe koettiin usein voimavarana, ajan antaminen omalle toipumiselle ei perheen roolien kannalta aina onnistu (Romakkaniemi 2011). Tupakoimattomuus (Rantala 2010), painon pudotus (Räsänen ym.2008) ja fyysinen aktiivisuus (Bäckmand 2006,) edesauttoivat masennuksesta toipumista. Nämä elintapoihin liittyvät tulokset ovat samansuuntaisia aiemmin julkaistujen tietojen kanssa. Nykyään nimenomaan liikunnan merkitystä korostetaankin masennuksesta toipumisessa.

Tämän opinnäytetyön mukaan masennuksesta toipuneiden ja ei-toipuneiden asiakkaiden masennuksien tasossa ei ollut merkittävää eroa terapioiden alkaessa (Karjalainen 2010). Tämä on ristiriidassa aiemman tiedon kanssa. Aiemmissa julkaisuissa on esitetty, että masennuksen vaikea taso ennustaa heikompaa toipumista kuin masennuksen lievä taso hoidon alkaessa.

6.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on kritisoitu mm. tietokantojen epäyhtenäisen indeksoinnin sekä alkuperäistutkimusten vaihtelevan laadun vuoksi. Kuitenkin, jos tutkijat tuntevat hyvin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoreettiset perusteet ja niiden kriittisen arvioinnin, on systemaattinen kirjallisuuskatsaus luotettavimpia ja pätevimpiä tapoja yhdistää aikaisempaa tutkittua tietoa. (Kääriäinen & Lähinen 2006, 43 -44.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodiosasta tulee löytyä selvä kuvaus säännöistä, joiden avulla katsaukseen valitut artikkelit on tunnistettu, arvioitu ja yhdistetty lopputuloksena esitetyksi näytöksi. Kaikki vaiheet on siis kirjattava muistiin, jotta katsauksen lukijat voivat seurata tutkijoiden työskentelyprosessia ja näin arvioida saatujen tulosten luotettavuutta.(Johansson ym.2007, 54.)

Tässä opinnäytetyössä esitettyjen tulosten luotettavuus on pyritty takaamaan käyttämällä laadukkaita alkuperäistutkimuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksista väitöskirjoja on kuusi ja väitöskirjoja yleensä pidetään luotettavina lähteinä. Opinnäytetyön tuloksia rajoittaa epätasaisesti löytynyt tieto eri tekijöistä. Esimerkiksi terapian vaikutuksista toipumiseen löytyi paljon enemmän tietoa kuin lääkityksestä, vaikka masennuslääkitystä pidetään psykoterapian lisäksi tärkeimpänä hoitomuotona. Luotettavuutta heikentää myös se, että tutkimuksia ei opinnäytetyön tekijän lisäksi käynyt kukaan muu läpi, kuten systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kuuluisi. On myös mahdollista, että tämän opinnäytetyön ulkopuolelle on jäänyt laadukkaita tutkimuksia, joita en ole löytänyt. Oma kielitaitoni asetti rajansa sille, ettei tähän opinnäytetyöhön voitu hyväksyä kuin englannin- ja suomenkielisiä tutkimuksia. Joistakin masennuksesta toipumiseen vaikuttavista tekijöistä oli tietoa vain niukasti tai kerätty tieto saatiin vain yhdestä tutkimuksesta. Myös tämä heikentää tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Koska tämä opinnäytetyö on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, en ollut itse kontaktissa kenenkään tutkittavan kanssa. Kaikki tuloksiini käyttämäni tieto on siis jo julkaistua tietoa. Minun ei siis ole tarvinnut huolehtia sellaisista eettisistä kysymyksistä, joita olisi suorassa haastattelutilanteessa tullut vastaan.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen tarve

Masennuksen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen ajoissa on nopean toipumisen edellytys. Oikeanlainen terapiasuhte on hoidon tärkein kulmakivi.

Alkuperäistutkimuksia etsiessäni huomasin, että masennuksen riskitekijöistä on paljon tutkimuksia, mutta nimenomaan toipumiseen vaikuttavista tekijöistä ei samalla tavalla löydykään tutkimuksia. Nimenomaan toipumista käsitteleville tutkimuksille olisi mielestäni tarvetta. Masennuslääkityksestä on kiistelty jo jonkin aikaa. Auttaako se todella toipumisessa? Tämänkin opinnäytetyön tulokset antavat ristiriitaista kuvaa masennuslääkkeen tarpeellisuudesta. Toisaalta pelkkä masennuslääkitys ei ole yhteydessä toipumiseen vaan lääkityksen rinnalla vaikuttavat monet muut asiat kuten psykoterapia ja arjen hallittavuus ja mielekkyys. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan masennuslääkitys yhdistettynä psykoterapiaan oli nopein tie toipumiseen.

Masennus on ajankohtainen yhteiskuntaa koskettava sairaus. Mahdollisimman tehokkaan hoidon takaamiseksi myös uusia tutkimuksia tarvitaan jatkuvasti. Tässä opin­näytetyössä on tullut esille masennuksesta toipumiseen vaikuttavia tekijöitä, joita voidaan hyödyntää myös käytännön hoitotyössä.

6.4 Oma oppiminen ja kehittyminen

Valitsin opinnäytetyön aiheen oman mielenkiinnon pohjalta. Opiskelujen alkuvaiheesta lähtien psykiatria ja mielenterveyden häiriöt ovat kiinnostaneet minua ja luulen, että jossakin vaiheessa suuntaudun mielenterveystyön puolelle töihin. Opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä, koska sain paneutua aiheeseen, joka itseäni kiinnostaa. Omat käsitykseni ja tietoni masennuksesta ja siitä toipumiseen vaikuttaneista tekijöistä on laajentunut merkittävästi opinnäytetyötäni tehdessä. Mielenkiintoista olisi ollut jos itse olisin päässyt haastattelemaan opinnäytetyöhöni sopivia tutkimushenkilöitä. Itse en kuitenkaan koe olevani niin ammattitaitoinen tämän aihealueen parissa, että olisin ollut pätevä haastattelemaan tutkittavia esimerkiksi kasvokkain. Itse haastatteleamalla keräämäni tieto olisi myös varmasti ollut todella merkittävästi suppeampaa kuin valmiiden tutkimusten pohjalta keräämäni tieto. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli siten mielestäni hyvä tutkimustapa tähän opinnäytetyöhön. Masennuksesta toipumiseen vaikuttavien ajankohtaisten tietojen lisäksi opin hakemaan ja kriittisesti tarkastelemaan tutkittua tietoa.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen edelleen oppinut hakemaan eri tietolähteistä luotettavaa tietoa ja keräämään alkuperäislähteistä merkitykselliset seikat ja yhdistämään niitä. Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain todella haastavaa. Tuntui, että tehtävä oli liian laaja. Alkuun en oikein hahmottanut opinnäytetyötä kokonaisuutena, mutta aloin hahmottamaan sitä, helpottui myös sen tekeminen. Loppujen lopuksi koko prosessi olikin ihan looginen.

LÄHTEET

Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen ja toimintakykyyn (pitkäaikaissuranta tutkimus ikääntyvillä miehillä). Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa:

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/backmand/fyysisen.pdf>. [Viitattu 18.4.2013.]

Hintikka, U. 2007 Changes in Adolescents' Cognitive and Psychosocial Functioning and Self-Image During Psychiatric Inpatient Treatment. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0941-0.pdf>. [Viitattu 15.4.2013.]

Johansson, K. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, s. 3.

Jussila, N. 2009. Innovatiiviset hetken masennuksen pariterapiassa. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22643/URN_NBN_fi_jyu-200912164558.pdf?sequence=1. [Viitattu 26.4.2013.]

Karjalainen, M. 2010. Masennuslääkityksen yleisyys ja yhteys toipumiseen masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailla. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24400/URN:NBN:fi:jyu-201006132052.pdf?sequence=1>. [Viitattu 20.4.2013.]

Kronström, K. 2011. Personality & depression. Väitöskirja. Turun yliopisto. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69389/AnnalesD963Kronstrom.pdf?sequence=1>. [Viitattu 26.4.2013.]

Kuhanen, R. 2009. Liikunta ja psyykkinen hyvinvointi ikääntyneillä. Liikuntapedagogiikan syventävien opintojen tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20031/Raimo%20Kuhanen_Gradu_2009.pdf?sequence=3. [Viitattu 10.3.2013.]

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*, s. 37 – 41.

Leskelä, U. 2008. Life events and social support among patients with major depressive disorder. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/20361?show=full>. [Viitattu 10.4.2012.]

Lind, J., Tuulio-Henriksson, A. & Autti-Rämö, I. 2011. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä.

Lönqvist, J. 2009. Stressi ja depressio. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020&p_haku=depressio. [Viitattu 22.5.2013.]

Markuksela, H. 2010. Kahden erilaiseen hoitotulokseen johtaneen masennuksen pariterapiaprosessin vertailua (Terapeuttien toimintamallit, vuorovaikutus ja työskentelytavat tuloksellisuuskulmasta). Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24900/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201008252493.pdf?sequence=1>. [Viitattu 15.2.2013.]

Myllykangas, A. 2009. Mikä auttaa masennuksessa? Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22973/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201002191262.pdf?sequence=1>. [Viitattu 26.4.2013.]

Perko, K. 2009. Depression hoito pariterapialla molempien vs. toisen puolison ollessa masentunut. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23423/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201005111735.pdf?sequence=1>. [Viitattu 10.4.2013.]

Raitasalo, R., Salminen, J., Saarijärvi, S. & Toikka, T. 2006. Persoonallisuudenpiirteiden yhteys masennuksesta kuntoutumiseen. *Suomen Lääkärilehti*. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10250/4775>. [Viitattu 20.4.2012.]

- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Saatavissa:
http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1. [Viitattu 20.4.2013.]
- Räsänen, M. & Tanskanen, K. 2008. Painonhallinnan vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19961/URN_NBN_fi_jyu-200904151462.pdf?sequence=1. [Viitattu 15.4.2013.]
- Valkonen, J. 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Saatavissa:
http://www.kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia_masennus_ja_sisainen_tarina.pdf. [Viitattu 20.4.2013.]
- Väänänen, J. 2007. Alkoholinkulutus ja masennusoireet masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkailla. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11106/URN_NBN_fi_jyu-2007902.pdf?sequence=1. [Viitattu 25.4.2013.]
- Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry. 2010. Depressio. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>. [Viitattu 15.4.2012.]
- Huttunen, M. 2011. Masennus. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389&p_teos=dlk&p_osio=103&p_selaus=7781. [Viitattu 21.4.2012.]
- Huttunen, M. 2011. Synnytyksen jälkeinen masennus. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505&p_haku=masennus. [Viitattu 1.4.2012.]
- Huttunen, M. 2011. Kaamosmasennus. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00377&p_haku=masennus. [Viitattu 1.4.2013.]

Huttunen, M. 2011. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383&p_haku=masennus. [Viitattu 24.4.2012.]

Suomen Mielenterveysseura 2012. Masennuksesta toipuminen. Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/masennuksesta-toipuminen/>. [Viitattu 24.4.2012.]

Suomen Mielenterveysseura. 2012. Vanhuusiän masennus. Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/ikaantyneet/vanhuusian-masennus/>. [Viitattu 22.5.2013.]

Isometsä, E., Jousilahti, P., Lindfors, O., Luutonen, S., Marttunen, M., Pirkola, S., Salminen, JK., Kinnunen, E., Pasternack, I., Syvälahti, E., & Vuorilehto, M. 2010. Depressio. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023>. [Viitattu 3.5.2013.]